Tome II. — N° 3 Octobre 1957

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ENCEPHALOGRAPHIE FRACTIONNEE DANS LES SYNDROMES SCHIZOPHRENIQUES (1)

PAR

P. BORENSTEIN, M. DABBAH et J. METZGER

Introduction

Depuis de nombreuses années, les examens paracliniques ont pris un développement considérable en neuro-psychiatrie. Parmi ceux-ci, l'encéphalographie gazeuse, par les renseignements qu'elle est susceptible de fournir, occupe une place privilégiée, car elle apporte dans de nombreux cas des éléments en faveur d'une conception organique des syndromes mentaux.

La méthode encéphalographique utilisée en psychiatrie est celle qui a été préconisée pour la première fois en 1919 par Dandy, c'est la méthode dite de « substitution globale ». Entre 1940 et 1950, Robertson en Australie, Lysholm et Lindgren en Suède la perfectionnèrent et mirent au point de façon presque simultanée une nouvelle technique d'encéphalographie dite

(1) Nous tenons à remercier M. Fischgold, qui nous a fait apprécier la valeur de cette méthode, et nous a incité à l'utiliser dans l'étude des syndromes mentaux, ainsi que Mme Baudet, à qui nous devons l'installation de notre service de radiologie.

« fractionnée » ou à « minima ». Cette méthode permet, grâce à différentes inclinaisons données à la tête, de diriger l'air introduit en très petite quantité vers la portion particulière que l'on désire étudier. On est ainsi en mesure de remplir complètement n'importe quelle région intra-crânienne susceptible de recevoir de l'air, évitant ainsi des images de superposition, causes d'erreurs dans l'interprétation. Il est donc possible au cours d'un même examen d'étudier complètement le système ventriculaire et le système sous-arachnoïdien (de la base et de la convexité). Cette méthode, peu traumatisante pour le malade, grâce à la petite quantité de gaz introduit, est, de plus, une méthode peu dangereuse. En effet, Lindgren, qui l'a utilisée sur une échelle importante, l'emploie même dans les cas de tumeur cérébrale présentant une stase papillaire à un degré avancé. Nous pensons cependant, pour notre part, qu'en cas de stase papillaire, il est préférable de s'abstenir quand on n'opère pas en milieu neuro-chirurgical. Une autre précaution indispensable, comme l'a suggéré Lindgren, est de vérifier au début de l'examen l'intégrité de la grande citerne, ce qui met à l'abri de tout engagement ou aggravation d'un engagement antérieur méconnu des amygdales cérébelleuses.

Introduite en France en 1950 par David et Ruggiero, cette nouvelle technique, rarement utilisée dans le domaine psychiatrique, est devenue un examen courant en milieu neuro-chirurgical.

Intéressés par cette méthode qui nous offrait une possibilité remarquable de faire une véritable étude morphologique des structures cérébrales « sur le vivant », nous l'avons pratiquée chez 700 malades hospitalisés présentant des syndromes psychiatriques divers. La quantité d'air que nous avons introduite (35 à 40 cm^3) est légèrement supérieure à celle préconisée (20 à 25 cm^3) par la plupart des auteurs (Lindgren, Fischgold et Metzger, Ruggiero) ; cette différence résulte des buts différents recherchés. En effet, contrairement aux neuro-chirurgiens qui veulent mettre en évidence un processus localisé, expansif ou autre, notre objectif était de faire une étude anatomique complète de tout le système ventriculaire et sous-arachnoïdien.

Nous allons maintenant décrire la technique de l'encéphalographie fractionnée telle que nous l'avons pratiquée chez nos malades et qui correspond dans les principes essentiels à la méthode décrite par Lindgren. Pour effectuer correctement une encéphalographie fractionnée, il est préférable d'utiliser un appareil spé-

cialement mis au point par Lysholm, le crâniographe. Il offre la possibilité de prendre des clichés de face et de profil, la tête restant strictement dans la même position, ceci grâce au tube de rayons X monté sur un arc de cercle qui permet de diriger le faisceau du rayonnement dans toutes les directions. Nous pouvons ainsi étudier une même image aérique sous différentes incidences et nous représenter les structures cérébrales dans l'espace de façon objective.

Technique. — Au début de l'examen, le malade est assis, la tête en légère flexion, le front appuyé sur la table du crâniographe mise à la verticale. Pour obtenir un remplissage symétrique des ventricules, il est nécessaire de maintenir vertical le plan sagittal de la tête.

La ponction lombaire est faite selon la technique habituelle (aiguille à biseau court avec robinet) et, dès l'apparition d'une ou deux gouttes de liquide céphalorachidien, qui montre que l'aiguille est bien dans l'espace sous-arachnoïdien, on injecte lentement 6 à 7 cm^3 d'air. Dès la fin de l'injection, un cliché de profil est fait avec un rayon horizontal, comme seront pratiqués tous les clichés de profil. Cette première radio est développée aussitôt et étudiée. Si la flexion de la tête est correcte, l'air pénètre dans le système ventriculaire ; il met alors en évidence la grande citerne, le IV^e ventricule, l'aqueduc, et parfois la portion postérieure du III^e ventricule, si la quantité d'air est suffisante. Si ces dernières formations sont peu visibles, on injecte à nouveau 5 cm^3 d'air, avec prise d'un deuxième cliché de profil. Ces premiers clichés sont importants, car ils permettent de mettre éventuellement en évidence un début d'engagement des amygdales cérébelleuses qui commanderait l'arrêt de l'injection. Dans ce cas, on ne doit effectuer aucune soustraction de liquide, et le malade est aussitôt dirigé vers un centre neurochirurgical. Après avoir ainsi vérifié l'absence d'engagement, on retire une quantité de liquide inférieure à celle de l'air injectée, en maintenant une différence de 2 à 3 cm^3, comme le préconise Lindgren. On injecte ensuite lentement 10 cm^3 d'air, et on prend cette fois un cliché de face. Il existe ainsi deux clichés, un de profil et un de face, qui nous permettent de faire une étude des III^e et IV^e ventricules et de l'aqueduc de Sylvius sous différentes incidences. Les clichés de face en position assise ont toujours été pratiqués suivant une incidence permettant de projeter les différentes structures de la même façon (la ligne méato-orbitaire fait un angle de 10° avec l'horizontale, le rayon directeur est incliné de 6° vers le haut, il entre à 2 cm. en-dessous de la protubérance occipitale externe, et sort à 3 cm. au-dessus du nasion).

On procède ensuite à l'injection des espaces sous-arachnoïdiens en pratiquant une quatrième insufflation de 8 cm^3 de gaz. Il est nécessaire cette fois de faire passer l'air en dehors du système ventriculaire, et

pour cela la tête, au lieu d'être fléchie, est placée en hyper-extension, ce qui modifie le trajet de l'air. Dans cette position, en effet, il passe dans les citernes prépontique, interpédonculaire et chiasmatique en une dizaine de secondes. Si à ce moment la tête est fléchie l'air passe de la citerne chiasmatique vers les citernes ponto-cérébelleuses et ambiantes, pour rejoindre la citerne « venæ-magnæ Galleni ». Un cliché de face est pris aussitôt.

En plus de ces clichés, on effectue d'autres radiographies de face en faisant varier l'inclinaison du rayon ; on obtient ainsi des images où se superposent de façon variable les différentes structures de la région postérieure (IV[e] ventricule, partie postérieure du III[e] ventricule, aqueduc, citernes ponto-cérébelleuses, ambiantes, lac cérébelleux, grande citerne, citerne interpédonculaire). On retire à nouveau 5 cm³ de liquide, puis on complète l'injection des espaces sous-arachnoïdiens de la convexité en insufflant encore 7 à 10 cm³ de gaz de contraste, en maintenant la tête en hyper-extension pendant une dizaine de secondes. La tête est ensuite fléchie légèrement, et on prend un cliché de profil, qui donne ainsi une bonne image des sillons de la convexité et de tout le système sous-arachnoïdien. Il arrive même parfois que les espaces sous-arachnoïdiens cérébelleux soient visibles. Après cette dernière injection d'air, on ne soustrait plus de liquide et l'aiguille est retirée. Comme nous venons de le voir, la quantité totale de l'air injecté ne dépasse pas 40 cm³ pour une étude complète du système ventriculaire, des citernes et des sillons corticaux.

Une fois l'aiguille retirée, on place le malade en décubitus dorsal, la nuque appuyée sur la table du crâniographe, et on prend trois clichés, un de profil, un de face, et un en position semi-axiale antéro-postérieure, avec rayon descendant de 30°, la tête en légère flexion pour visualiser la partie antérieure du système ventriculaire (cornes frontales et III[e] ventricule), ainsi que les citernes chiasmatique, interpédonculaire et prépontique. Pour étudier aisément sur un cliché de face le III[e] ventricule, il est nécessaire de le projeter au-dessus de la zone dense du nasion et de la base des sinus frontaux. On y parvient en faisant entrer le rayon central à 2 cm. au-dessus du nasion et en maintenant la tête en flexion. Le rayon sera incliné de 5° vers les pieds. Dans certains cas, la partie antérieure du III[e] ventricule n'est pas visible, par suite d'une hydrocéphalie interne importante, ou d'une injection insuffisante du système ventriculaire, la région injectée correspondant seulement à la partie toute antérieure des ventricules latéraux. Le III[e] ventricule peut cependant être injecté dans ces conditions en défléchissant fortement la tête du malade. On procède ensuite à l'étude de la moitié postérieure du système ventriculaire (partie moyenne des ventricules latéraux, appelée également Cella Media, carrefour, cornes occipitales et extrémités postérieures des cornes temporales). Pour cet examen, il est nécessaire de mettre le sujet en décubitus ventral. Cette manœuvre doit se faire rapidement, et

il faut prendre soin, de plus, de le faire de façon à ce que la corne temporale, qui devra être étudiée ultérieurement, reste toujours la portion la plus élevée du système ventriculaire. On prend alors trois clichés : un profil, une face droite (sujet en front-nez sur table avec rayon vertical) et une incidence oblique ou sous-occipito-frontale avec rayon ascendant incliné de 30° vers la tête. L'examen se poursuivra par l'étude des cornes temporales, qui exige une manœuvre spéciale, mise au point par Lindgren, dont voici la description. Le malade est en décubitus ventral, sa tête dépassant le bord de la table, ce qui permet de la fléchir au maximum. On fait alors passer le malade en décubitus dorsal, en effectuant simultanément une rotation et une déflexion de la tête, tout en conservant le côté à étudier plus haut que le reste du système ventriculaire. L'air, qui s'était localisé dans la partie postérieure des ventricules au début de la manœuvre, va remplir ensuite la corne temporale correspondante, au lieu de pénétrer dans le corps des ventricules latéraux, qui se trouvent constamment à un niveau inférieur. On prend trois clichés : un profil, un en incidence semi-axiale antéro-postérieure, avec une inclinaison du rayon de 30° et une face où les cornes temporales seront projetées au milieu des orbites. Nous avons pris l'habitude de terminer cette étude, comme l'a conseillé Lefebvre, par deux clichés (face et profil) pris en position assise, qui mettent en évidence mieux que les autres incidences la présence éventuelle d'air sous-dural.

Le passage de l'air dans le système ventriculaire s'est effectué chez presque tous nos malades sans difficulté. Une dizaine de fois, il a fallu attendre la première soustraction liquidienne ou effectuer des mouvements de flexion et d'extension de la tête pour que le passage se produise. Chez cinq autres sujets, l'air passait directement de la grande citerne dans les espaces sous-arachnoïdiens sans pénétrer dans les ventricules. L'examen refait chez deux d'entre eux a permis d'obtenir dans un cas l'injection de ventricules de très petite taille (microventriculie).

La proportion d'un demi pour cent de non injection du système ventriculaire que nous avons obtenue est nettement inférieure à celle donnée par la plupart des auteurs. C'est ainsi, comme le signalent Kautzky et Zülch, que Foerster note une absence d'injection ventriculaire dans 8 à 12 % des cas, Falk dans 5 % et Zilling dans 2 %.

Nous notons, d'autre part, une absence d'injection au niveau des espaces sous-arachnoïdiens de la convexité dans six cas seulement.

Un problème particulier que nous voulons évoquer maintenant est la présence de l'air dans l'espace sous-dural. L'ombre radio-

logique obtenue est caractéristique, l'air étant situé dans un espace limité par des parois lisses, non par des anfractuosités. De plus, contrairement à l'air sous-arachnoïdien, il se déplace très facilement avec les changements de position de la tête. Lorsqu'il est en quantité importante, il peut provoquer des asymétries ventriculaires ou déprimer la corticalité, donnant ainsi de fausses images d'atrophie. Mais il est facile de faire le diagnostic d'air sous-dural en se souvenant de ses caractéristiques : il est extrêmement mobile et il est particulièrement bien mis en évidence sur des clichés pris en position assise avec un rayon horizontal (Lefebvre).

Avec Pendergrass, Goette, Lefebvre, Lemère et Barnacle, Storch et Buermann, nous pensons que la présence d'air sous-dural est due :

1° soit à un effet de valve produit au niveau de la pointe de l'aiguille qui est placée entre l'espace sous-arachnoïdien et sous-dural, ce qui peut être évité en utilisant des aiguilles à biseau court et en injectant l'air, après s'être bien assuré de l'écoulement parfait du liquide ;

2° soit à des déchirures d'une arachnoïde particulièrement fragile. Ceci peut également être évité si l'injection se fait lentement et si le malade est mobilisé avec précaution pendant toute la durée de l'examen. De plus, les efforts de vomissements qui se produisent parfois augmentent la pression liquidienne et favorisent la déchirure de la membrane arachnoïdienne, provoquant ainsi le passage de l'air dans l'espace sous-dural.

Pour éviter ces vomissements, ainsi que les incidents constatés habituellement au cours des encéphalographies (tendances lipothymiques, céphalées violentes, troubles neuro-végétatifs et même crises comitiales), nous procédons à une préparation soigneuse des sujets avant l'examen. Les malades reçoivent, une heure avant, 10 cg. de gardénal, 1/2 mgr. d'atropine, 0,25 gr. de caféine, 1 gr. d'aspirine. A l'exception de quelques rares cas de vomissements et de sueurs profuses, nous n'avons jamais noté d'autres incidents chez nos malades.

L'interprétation des images encéphalographiques soulève un certain nombre de difficultés, la plus importante étant l'absence de documents concernant une population réputée normale. La plupart des auteurs disposent d'encéphalographies de malades présentant les syndromes cliniques les plus variés, et les critères de normalité ont naturellement toujours été établis d'après ces documents.

Davidoff et Dyke en 1937, Schiersmann en 1942, Troland, Baxter et Schatzki en 1946, ont proposé, pour l'évaluation de la taille des ventricules latéraux, des rapports basés sur des mensurations pratiquées uniquement sur des clichés de face. Cette évaluation nous a paru incomplète, car elle ne tient pas compte de la forme générale du système ventriculaire et de celle de la boîte crânienne. Le système ventriculaire d'un dolichocéphale, par exemple, présente une morphologie différente, qui n'est pas superposable à celle d'un brachycéphale. L'aspect du système ventriculaire se modifie aussi avec l'âge, et la plupart des auteurs estiment en effet qu'il augmente de volume à partir de 50 ans (Lindgren, Heinrich, Kautzky et Zülch). Il existe cependant des cas, et ils ne sont pas si rares, où le volume ne subit aucune modification avec l'âge. Les études portant sur le système sous-arachnoïdien de la base et de la convexité sont beaucoup plus rares. Depuis Pendergrass, il est généralement admis que les sillons de la corticalité sont normaux quand ils ne dépassent pas 3 mm. de largeur. En ce qui concerne les citernes, aucune mensuration n'a pu être faite, étant donné la grande variabilité de leurs dimensions.

Pour l'interprétation de nos examens encéphalographiques, nous nous sommes basés :

1° Sur la forme générale des ventricules latéraux et l'étude comparative de leurs différents segments.

Les ventricules latéraux nous ont ainsi paru normaux quand :

a) La région supéro-externe de la cella média forme un angle aigu ou très légèrement émoussé (cliché de face).

b) La face externe de la partie moyenne (cella média) présente sur un cliché de face une légère convexité correspondant à la saillie des noyaux gris centraux.

c) La partie du plancher des cornes frontales située en avant du trou de Monro présente sur un cliché de profil une convexité bien marquée.

Les faibles variations de forme et de volume entre les cornes frontales doivent être considérées comme des variétés morphologiques normales (la corne frontale gauche est souvent plus grande que la droite).

Les carrefours ventriculaires ont normalement un volume comparable à celui des cornes frontales dans leur partie postérieure.

Les cornes temporales projetées sur les clichés de face au mi-

lieu des cavités orbitaires nous donnent la possibilité d'apprécier leurs différents segments, c'est-à-dire la « supra cornual cleft » et la « lateral cleft », décrites par Lindgren. La première portion correspond à la zone située au-dessus de la corne d'Ammon et se présente sous la forme d'un croissant de 3 mm. de hauteur, à convexité inférieure. La deuxième portion, c'est-à-dire la « lateral cleft », forme la partie latérale de la corne qui rejoint en arrière le carrefour ventriculaire et dont la hauteur assez fixe est de 3 à 4 mm. La surface inférieure du croissant est en général un peu irrégulière et correspond aux digitations de l'hippocampe. Sur les clichés de profil, la « lateral cleft » a une hauteur égale à celle de la « supra cornual cleft » sur les clichés de face. Sur l'incidence fronto-sous-occipitale, la « supra cornual cleft » a un aspect en forme de cuiller ; la « lateral cleft », bien individualisée sous cette incidence, présente la même largeur. Nous considérons qu'au-dessus de cette limite, il y a dilatation. Notons de plus que, dans ces dilatations, l'image en cuiller a des contours et une densité beaucoup plus nets.

L'étude des cornes occipitales est difficile, étant donné leur grande variabilité morphologique. Elles sont parfois rudimentaires, parfois très développées et, dans d'autres cas, les deux cornes peuvent être de taille différente chez le même individu.

En résumé, la dilatation se traduit par une forme globuleuse des ventricules dont les contours sont arrondis et les angles émoussés.

2° La largeur du III[e] ventricule mesurée sur les clichés de face serait normale, pour de nombreux auteurs, en particulier Schiersmann et Huber, quand elle ne dépasse pas 5 mm. Pour notre part, nous pensons que cette limite est trop faible, car elle permettrait de considérer comme pathologiques des variantes morphologiques normales. Aussi nous ne parlons de dilatation du III[e] ventricule qu'à partir de 8 mm. de largeur, cette mensuration se faisant toujours sur des clichés pris dans les mêmes conditions.

3° Nous avons considéré comme normaux les sillons dont la largeur ne dépasse pas 3 mm. Nous sommes en accord avec la plupart des auteurs pour constater qu'une quantité importante d'air introduite dans les espaces sous-arachnoïdiens de la convexité a tendance à les élargir plus ou moins fortement, donnant ainsi de fausses images de dilatation, d'où la nécessité de tenir compte de ce facteur durant l'examen. De plus, les sillons

corticaux diminuent de largeur de la région frontale à la région occipitale et s'accentuent à partir de 50 ans. Les sillons corticaux fortement dilatés se présentent souvent sous forme de plaques ou de taches, perdant ainsi leur aspect sinueux caractéristique.

L'élargissement des sillons péricalleux et calloso-marginaux va de pair avec celui des sillons corticaux.

4° Les images des citernes, comme nous l'avons dit, sont de lecture délicate. Des mensurations difficiles à entreprendre sont de peu d'utilité, étant donné les variations qu'elles présentent. Cependant, nous n'avons jamais rencontré de modifications importantes, à l'exception de celles des citernes chiasmatique, ambiante et de la grande citerne, permettant d'évoquer une atteinte pathologique. La présence d'une « grande citerne » spacieuse n'est pas nécessairement en rapport avec une atrophie cérébelleuse. Il est indispensable, pensons-nous, pour évoquer ce diagnostic, de trouver en plus une dilatation du IV^e^ ventricule, des citernes ambiantes et du lac cérébelleux supérieur.

Examens complémentaires. — Avant toute encéphalographie, nos malades ont eu un ou plusieurs examens électroencéphalographiques, un examen ophtalmologique et en particulier un fond d'œil, dans le but de dépister une stase papillaire. De plus, ils ont tous subi des radiographies-standard du crâne comportant : un profil, une face avec projection des rochers au milieu des orbites (Schuller II), et une incidence fronto-sous-occipitale de Worms et Bretton. Enfin, le liquide céphalo-rachidien soustrait au fur et à mesure de l'examen a été prélevé dans quatre tubes numérotés, chacun faisant l'objet d'un examen albumino-cytologique, ce qui nous a permis de comparer les variations possibles des liquides rachidien et céphalique.

L'encéphalographie fractionnée dans les syndromes schizophréniques

Nous commencerons notre étude sur les encéphalographies fractionnées au cours des troubles mentaux par celle des syndromes schizophréniques. De nombreux auteurs se sont déjà intéressés à ce problème et les travaux publiés à ce sujet sont fort nombreux.

Jacobi et Winkler (1927) notent, chez 19 jeunes schizophrènes chroniques, hospitalisés depuis plusieurs années, une seule encéphalogra-

phie normale et 18 pathologiques. Celles-ci présentent toutes une dilatation du système ventriculaire, associée dans sept cas à une hydrocéphalie externe (fortement marquée dans trois cas). Dans six autres cas, les espaces sous-arachnoïdiens corticaux sont, disent-ils, seulement plus larges que la normale. La quantité d'air injectée variait de 60 à 145 cm³.

Dans un travail ultérieur (1928), ces auteurs rapportent les constatations qu'ils ont faites chez 15 schizophrènes récents. Ils trouvent dans la plupart des cas un agrandissement du système ventriculaire et sous-arachnoïdien, moins important cependant que celui trouvé chez les schizophrènes chroniques. Cette constatation les amène à émettre l'hypothèse de l'existence d'un rapport entre la présence — et l'évolution — des modifications pathologiques et le déroulement du processus schizophrénique. Ils vont plus loin dans leurs commentaires, et pensent qu'il serait possible que, chez des malades à forte note hallucinatoire, la région temporale soit atteinte plus fréquemment, qu'en cas de troubles surtout intellectuels la région frontale soit intéressée de préférence, et que, chez des malades où les troubles de la volonté et de la motricité dominent, la région corticale antérieure soit plus souvent atteinte. « Nous posséderions alors, disent-ils, dans l'encéphalographie une méthode propre à découvrir la relation entre les symptômes cliniques et les perturbations de certaines parties du cerveau. »

Moore, Nathan, Eliott et Laubach (1933) ne trouvent aucune encéphalographie normale chez 63 schizophrènes. Les espaces sous-arachnoïdiens corticaux les plus fréquemment atteints se situent surtout au niveau de l'aire pariétale et frontale, rarement temporale. Dans 25 cas, ils notent une augmentation du système ventriculaire et des citernes de la base. Signalons que la soustraction liquidienne qu'ils effectuaient était importante, elle variait de 100 à 200 cm³, et la quantité d'air injectée était de l'ordre de 100 cm³ en moyenne.

Dans un travail portant sur 71 malades, publié en 1935, ces auteurs constatent que, dans la majorité des cas, l'atrophie corticale intéresse les régions frontales, occipitales, et prédomine au niveau du lobe pariétal. La quantité d'air injectée variait de 75 à 125 cm³. Dans cette étude, ils signalent de plus que, chez 6 malades, un second examen encéphalographique, pratiqué au bout de trois ans d'intervalle, montre, une accentuation et une extension des images pathologiques. L'atrophie visualisée par cette méthode de constraste serait pour ces auteurs la résultante de très nombreuses causes (anoxie, troubles vasculaires et biochimiques), et par conséquent dépourvue de toute valeur étiopathogénique caractéristique pour la schizophrénie.

Lowell (1936) constate, sur 20 malades, 14 encéphalographies normales et 6 pathologiques, présentant une légère dilatation des espaces sous-arachnoïdiens de la convexité.

Lemke (1936), dans une étude portant sur 100 schizophrènes chro-

niques (air injecté, de l'ordre de 50 à 60 cm^3), trouve dans 50 cas une dilatation des ventricules, dans 14 cas une microventriculie et dans 2 cas une absence d'injection du système ventriculaire. Les espaces sous-arachnoïdiens corticaux sont dilatés chez 84 malades, et dans 34 de ces cas les modifications du cortex ne sont pas accompagnées d'une atteinte ventriculaire. Il signale de plus la fréquence de la dilatation du III[e] ventricule, qu'il retrouve dans 34 cas. De son étude, Lemke conclut qu'il n'existe aucun rapport entre les anomalies encéphalographiques trouvées et la durée d'évolution du syndrome schizophrénique. Il constate ainsi la présence d'atteintes pathologiques semblables chez des malades dont la durée d'évolution est aussi bien de quelques mois que de dix ans et plus. Des examens répétés chez six malades, après un intervalle de huit ans, ne montrent aucune modification des images encéphalographiques malgré la progression du syndrome schizophrénique. Ces constatations amènent Lemke à dire que toutes les anomalies trouvées « ne sont pas des phénomènes secondaires, mais constituent des dispositions antérieures à la maladie ». Il s'agit, dit-il, « d'anomalies congénitales du cerveau, qui prédisposent de manière particulière à la schizophrénie grave. Les sillons gros et empâtés, et surtout l'agrandissement des ventricules, permettent de conclure à une évolution défavorable ».

Guttmann (1936) trouve, au cours d'une étude portant sur 40 schizophrènes dégradés des modifications importantes des espaces sous-arachnoïdiens au niveau de la région frontale et temporale. Il note de plus l'existence d'atteintes accentuées dans certains cas où l'affection est récente, et, inversement, des images aériques normales, dans d'autres cas où l'évolution date de quelques années. Il ne trouve, d'autre part, aucun parallélisme entre les atteintes pathologiques mises en évidence par l'encéphalographie, et certaines formes cliniques, comme l'avaient signalé Jacobi et Winkler.

Contrairement à Lemke, il pense qu'un examen normal ne permet pas de conclure à une évolution favorable de l'affection. Au terme de son étude, il constate que l'encéphalographie n'a pu jusqu'alors subdiviser la schizophrénie « en sous-groupe, comme on aurait pu l'espérer, mais qu'elle a permis cependant d'isoler un certain nombre de " maladies organiques " (processus atrophique, tumoral, etc...), dont la traduction clinique se confondait avec celui d'une schizophrénie idiopathique ».

Yamamato (1940), dans une étude portant sur 56 schizophrènes, note 23 % de ventricules latéraux normaux, 58 % de ventricules dilatés (symétriquement ou non), et 3,6 % de microventriculies. Il n'a pu injecter le système ventriculaire dans 14 % des cas. Quant aux espaces sous-arachnoïdiens de la convexité, ils sont élargis dans 56 % des cas, surtout au niveau de la région frontale. S'il ne trouve aucune image spécifique en rapport avec les tableaux cliniques, il note tout au plus une atrophie plus nette dans les formes catatoniques. Chez

deux malades, un nouvel examen encéphalographique, refait après deux ans d'intervalle, montre une très nette aggravation des anomalies ventriculaires. L'auteur pense qu'il est ainsi possible de suivre, grâce à cette méthode, l'évolution de la maladie, et conclut à un pronostic favorable en cas d'encéphalographie normale.

Delay et Desclaux (1945), dans une étude portant sur 35 cas de délire chronique paranoïde chez des schizophrènes et des paraphrènes, trouvent cinq encéphalographies normales seulement, les trente autres présentent tous des atteintes pathologiques. Cinq de ceux-ci furent opérés, et l'intervention a permis de mettre en évidence un aspect atrophique des circonvolutions, ainsi que des altérations méningées importantes, portant sur la dure-mère et l'arachnoïde. Ces auteurs constatent des atteintes pathologiques dans les formes évoluant depuis plusieurs années, et ne les retrouvent pas au début de la démence précoce.

Santagati et Sanctis (1952) rapportent les résultats encéphalographiques (air injecté : 30 à 130 cm^3) obtenus chez 50 schizophrènes. Ils constatent des altérations importantes des espaces sous-arachnoïdiens et ventriculaires chez 15 malades (30 %), des altérations moyennes dans 8 cas (16 %), et des images normales dans 27 cas (54 %). Les espaces sous-arachnoïdiens dilatés se limitaient surtout au niveau des régions frontales et pariétales. Ces auteurs ne trouvent, au terme de leur travail, aucun caractère spécifique des images encéphalographiques dans la schizophrénie, et concluent de plus à l'absence de corrélations évidentes entre la gravité des syndromes cliniques et l'importance des signes pathologiquees.

Huber (1955), dans un travail portant sur 63 cas de schizophrénies à début récent (maximum un an), et dont l'âge se situe entre 16 et 48 ans, signale l'atteinte prédominante du système ventriculaire, et en particulier du III[e] ventricule. Prenant comme limite la largeur normale du III[e] ventricule mesurée sur des clichés A.P. de 5 mm., il trouve 15 cas de 6 à 7 mm., 28 cas de 8 à 9 mm. et 8 cas de plus de 10 mm. Le système ventriculaire latéral présente d'autre part dans 9 cas une dilatation modérée, et dans 54 cas un léger émoussement des angles supéro-externes. Quant aux espaces sous-arachnoïdiens corticaux, ils présentent un aspect normal dans 45 cas et un aspect pathologique dans 4 cas seulement. Chez deux malades, l'examen, refait au cours d'une seconde hospitalisation, montre une augmentation du volume du III[e] ventricule. Huber conclut qu'il existe un rapport entre l'évolution de l'atrophie et le processus schizophrénique, et que la dilatation du III[e] ventricule est si fréquente (bien qu'on la trouve dans d'autres affections) qu'elle doit être considérée comme une constatation courante dans les cas de schizophrénies.

Enfin, Manceaux et collaborateurs ont rapporté récemment des constatations comparables à celles des auteurs précédemment cités.

Notre étude porte sur 134 malades, comprenant 43 hommes et 91 femmes, qui ont tous subi un examen encéphalographique, que nous avons répété chez 10 d'entre eux au bout d'un an d'intervalle pour essayer de mettre en évidence l'apparition ou l'évolution d'une image pathologique.

Les malades que nous avons retenus pour notre étude ont été choisis en fonction du critère objectif qui forme le concept central de la schizophrénie, la dislocation de Bleuler ou discordance de Chaslin. Notre groupe, ainsi limité, ne représente cependant qu'une partie de la schizophrénie telle que la conçoit Bleuler dans ses derniers travaux et correspond en fait au syndrome décrit par Kræpelin sous le nom de « démence précoce », après qu'il en eût détaché les paraphrénies (1912). Nous envisagerons par conséquent, au point de vue clinique, des formes hébéphréniques, hébéphréno-catatoniques, paranoïdes ou délirantes, ces différentes formes n'ayant, comme le dit Guiraud, que « la valeur de particularité d'évolution ou d'accentuation des symptômes secondaires ». Pour conserver le plus d'homogénéité possible à notre groupe, nous avons éliminé en outre les schizophrénies dites tardives, ainsi que les états aigus présentant des éléments discordants surajoutés.

L'étude de nos résultats nous amène à constater la rareté des encéphalographies normales (16 cas) et la prédominance incontestable des atteintes pathologiques (118 cas), qui peuvent être soit localisées, soit plus ou moins diffuses. Les différents segments du système ventriculaire examinés séparément nous donnent les résultats suivants :

Les cornes frontales, normales chez 92 malades, sont symétriques chez 50 d'entre eux, asymétriques chez les 42 autres (prédominance droite 27 cas, gauche 15 cas). Elles sont dilatées 39 fois, avec une prédominance gauche dans 28 cas et droite dans 11 cas. Les cornes temporales, normales chez 82 malades, sont symétriques dans 47 cas, asymétriques dans 35 autres (prédominance droite 16, gauche 19). Elles sont dilatées 49 fois, les cornes gauches prédominent dans 29 cas, les droites dans 20 cas. Les cornes occipitales, dont les variantes anatomiques sont nombreuses, n'ont jamais été retrouvées dilatées isolément. Nous notons de plus que le IV^{e} ventricule et l'aqueduc sont dilatés dans 7 cas, en association généralement avec une importante hydrocéphalie interne. Le III^{e} ventricule est, selon les critères que nous avons adoptés, normal chez 62 malades, dilaté chez 69 autres. Sur l'ensemble de notre groupe, nous n'avons pu injecter le système ventriculaire que dans 3 cas seulement. L'examen, refait au bout d'un an chez deux d'entre eux, a permis à l'air de passer dans

un seul cas, montrant une microventriculie, l'autre cas ne s'injectant toujours pas. Rapportons enfin la présence, chez 17 % de nos malades (24 cas), de ventricules latéraux de très petite taille (microventriculie).

Comme nous l'avons déjà signalé, il est très difficile d'utiliser des mensurations pour apprécier la taille des espaces sous-arachnoïdiens de la base et de la convexité. En nous basant sur les critères que nous avons définis au début de ce travail, nous trouvons que les sillons corticaux sont normaux chez 40 malades et pathologiques chez 89. Il nous a été impossible de les visualiser dans 6 cas seulement. Quant aux citernes, de lecture délicate, elles sont rarement atteintes. Les citernes du tronc cérébral, ponto-cérébelleuses, prépontique et interpédonculaire, nous ont paru de taille variable, sans cependant présenter des modifications importantes de volume, permettant de les considérer comme pathologiques. Par contre, nous trouvons une dilatation pathologique des citernes ambiantes dans 11 cas, de la grande citerne dans 7 cas, de la citerne de la veine de Gallien dans 6 cas, et surtout de la citerne chiasmatique, qui est dilatée 28 fois, associée à une atteinte du III[e] ventricule dans 17 cas et à une atrophie corticale dans 21 cas.

L'étude détaillée de nos résultats nous permet de constater que les atteintes pathologiques sont variables, elles sont, soit isolées, soit associées entre elles de différentes façons (tableau I).

A. — Le système ventriculaire : l'atteinte du système ventriculaire est très fréquente, puisqu'elle intéresse 91 malades.

La dilatation la plus couramment constatée est celle du III[e] ventricule, qui est en effet dilaté chez 69 malades. Cette atteinte peut être, soit totalement isolée (6 cas), soit associée à une dilatation d'un (9 cas) ou de plusieurs segments (6 cas) du système ventriculaire, soit à une atrophie corticale (15 cas), soit aux deux à la fois (33 cas).

Après celle du III[e] ventricule, l'atteinte la plus fréquente est la dilatation des cornes temporales (49 cas), qui peut être, soit isolée (3 cas), soit associée à une dilatation d'un (7 cas) ou de plusieurs segments (6 cas) du système ventriculaire, soit associée à une atteinte corticale (9 cas), soit enfin aux deux à la fois (24 cas).

La dilatation des cornes frontales est moins courante, puisque nous ne la retrouvons que chez 39 malades, en aucun cas à l'état isolé. Elle est associée à une atteinte d'un (7 cas) ou plusieurs (7 cas) autres éléments du système ventriculaire, le plus souvent s'ajoute à cette atteinte celle du cortex (25 cas).

La dilatation des cornes occipitales est celle qui est la plus rarement trouvée (15 cas). Elle n'existe jamais à l'état isolé, et s'associe dans la moitié des cas à la dilatation d'un (3 cas) ou de plusieurs (4 cas) autres éléments du système ventriculaire. Les huit autres malades présentent, en plus de cette dernière atteinte, une dilatation des espaces sous-arachnoïdiens de la convexité.

TABLEAU I. — *Résultats encéphalographiques globaux : les différentes modalités d'atteintes pathologiques (118 cas)*

ENCÉPHALOGRAPHIES NORMALES 16 CAS	TOTAL DES ATTEINTES VENTRICULAIRES	ATTEINTES ISOLÉES VENTRICULAIRES	FR	P	FP	T	FT	PT	FPT	O	FO	PO	TO	FPTO	FTO	FPO
Total des atteintes corticales.			21	6	42	0	4	1	5	0	0	1	0	0	1	8
Atteintes corticales isolées ..			3	2	12	0	1	0	3	0	0	1	0	0	0	4
CF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CT	12	3	4	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
CO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CF + CT	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CF + CO	5	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CO + CT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CF + CT + CO	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IIIe V	21	6	3	0	10	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
IIIe + CF	12	3	3	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
IIIe + CT	18	6	3	1	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IIIe + CO	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IIIe + CF + CO	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IIIe + CF + CT	10	3	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
IIIe + CF + CT + CO	4	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

B. — Les espaces sous-arachnoïdiens de la convexité : l'atteinte de ces espaces, qui est très fréquente, puisqu'elle se retrouve, comme nous l'avons dit, chez 89 de nos malades, peut être associée (62 cas) ou non (28 cas) à celle du système ventriculaire.

L'image pathologique la plus couramment constatée est celle qui intéresse en même temps la région frontale et pariétale (42 cas). La participation ventriculaire dans ce cas est absente 12 fois seulement. Chez les 30 autres malades, elle s'associe à la dilatation d'un (13 cas) ou de plusieurs éléments (17 cas) du système ventriculaire. Signalons que l'atteinte la plus courante est celle du III[e] ventricule (24 cas).

Le cortex est assez souvent intéressé dans une région limitée de sa surface, frontale surtout (21 cas). Cette atteinte peut, comme dans les cas précédents, s'associer (18 cas) ou non (3 cas) à une dilatation d'un (7 cas) ou de plusieurs éléments (11 cas) du système ventriculaire. La dilatation du III[e] ventricule et celle des cornes temporales sont les plus fréquemment constatées.

L'atteinte isolée de l'aire pariétale est rare, nous ne la retrouvons en effet que chez six malades. La participation ventriculaire, absente chez deux d'entre eux, présente chez les quatre autres une dilatation des cornes frontales et temporales prédominante.

L'étude du cortex temporal nous a permis de constater l'absence de toute atteinte isolée de ce lobe. Par contre, nous notons quatre fois une atrophie associée de la région temporale et frontale. L'atteinte ventriculaire concomitante, absente dans un cas, présente chez les trois autres une dilatation du III[e] ventricule simultanée à celle de la corne frontale dans un cas, de la corne temporale dans un autre. L'atteinte de la région temporale coexiste avec celle de la région pariétale dans un seul cas, associée de plus à une dilatation du III[e] ventricule.

La localisation d'une atteinte au niveau du lobe occipital seul est également absente, elle n'existe qu'associée à une atrophie du lobe pariétal, sans aucune participation ventriculaire.

Les atteintes corticales étendues intéressent deux à trois lobes à la fois, jamais les quatre en même temps. L'atrophie la plus couramment constatée est celle associant la région frontale, pariétale et occipitale (8 cas) ; la participation ventriculaire, qui est absente chez quatre d'entre eux, intéresse le III[e] ventricule chez quatre autres, soit de façon isolée (1 cas), soit associée à une dilatation de la corne frontale (1 cas) ou temporale (1 cas), ou des deux à la fois. L'atteinte frontale, pariétale et temporale associée, trouvée chez cinq malades, s'accompagne d'une dilatation des cornes temporales dans deux cas, les trois autres ne présentant aucune participation ventriculaire.

Si nous voulons résumer nos constatations, nous notons que les atteintes des espaces sous-arachnoïdiens et ventriculaires se répartissent de la façon suivante :

En ce qui concerne le cortex, la région frontale est intéressée dans 81 cas, la région pariétale dans 63 cas, la région occipitale dans 10 cas et la région temporale dans 11 cas. Ces atteintes sont en général bilatérales, sans prédominance hémisphérique, les plus courantes intéressant d'une part les régions frontales et pariétales en même temps (42 cas) et d'autre part la région frontale seule (21 cas). Les autres atteintes sont numériquement peu importantes et certaines associations pathologiques peu courantes ou absentes.

Quant aux citernes, elles sont rarement atteintes, à l'exception de la citerne chiasmatique qui est dilatée dans 28 cas.

Au point de vue ventriculaire, nous constatons la fréquence de la dilatation des cornes temporales (43 cas) et la prédominance incontestable de l'atteinte du III[e] ventricule que nous trouvons dilaté chez 69 de nos malades. Une particularité que nous tenons à signaler est l'absence de dilatation isolée des cornes frontales ou occipitales. Il existe une légère prédominance gauche des dilatations ventriculaires, intéressant surtout les cornes temporales et frontales.

Commentaires. — Nous avons étudié nos résultats en fonction de nombreux facteurs : formes cliniques, mode de début, âge actuel, âge de début de l'affection, durée de l'évolution. De plus, nous avons confronté nos résultats avec les effets thérapeutiques obtenus par l'utilisation des médications neuroplégiques, en particulier la réserpine, ainsi qu'avec les tracés électroencéphalographiques.

Au point de vue formes cliniques, notre groupe se divise en : 52 formes hébéphréniques, 76 formes délirantes et 6 formes hébéphréno-catatoniques. Cette dernière ne comprend que 6 malades car nous n'avons retenu dans ce groupe que ceux qui présentent depuis le début de l'affection des troubles psycho-moteurs caractéristiques de la catatonie. Signalons par ailleurs qu'un certain nombre de malades appartenant aux deux autres formes cliniques ont présenté au cours de leur évolution des accès catatoniques francs.

L'étude de nos résultats en fonction des formes cliniques (tableau 2) met en évidence certains faits intéressants. La fréquence des atteintes pathologiques est pratiquement la même, quelle que soit la forme clinique : 86 % pour les formes hébéphréniques, 90 % pour les formes délirantes ou paranoïdes, 83 % pour les formes catatoniques. De plus, chaque système, qu'il soit ventriculaire ou cortical, est intéressé dans des propor-

Tableau II. — *Résultats en fonction des formes cliniques*

Localisation des atteintes	Formes cliniques		
	Formes hébéphréniques	Formes délirantes	Formes catatoniques
Atteinte du système ventriculaire	82 %	75 %	60 %
Dilatation du III[e] ventricule	71 %	52 %	40 %
Dilatation des cornes temporales	49 %	38 %	20 %
Atteinte du cortex	71 %	75 %	80 %
Atteinte frontale	13 %	18 %	40 %
Atteintes frontale et pariétale associées	53 %	23 %	40 %
Encéphalographie normale.	14 %	10 %	17 %

tions que nous pouvons considérer comme sensiblement égales. Nous constatons en effet que, dans les formes hébéphréniques, délirantes et catatoniques, le système ventriculaire est respectivement atteint dans 82 %, 75 % et 60 % des cas et le cortex dans 71 %, 75 % et 80 % des cas. Par contre, nous trouvons que les différentes parties de chaque système ne sont pas atteintes avec la même fréquence dans chaque groupe. Nous constatons par exemple que, dans les formes hébéphréniques, la fréquence de l'atrophie corticale intéressant les deux lobes, frontal et pariétal, celle de la dilatation du III[e] ventricule et des cornes temporales, est plus élevée que dans les formes délirantes ou catatoniques. Quant aux examens encéphalographiques normaux, leur répartition peut être considérée aussi comme pratiquement égale dans les différentes formes cliniques : 14 % pour les formes hébéphréniques, 10 % pour les formes délirantes et 17 % pour les formes catatoniques.

Les crises convulsives que présentent neuf de nos malades, et qui sont apparues soit avant le début de l'affection schizophrénique (3 cas), soit plusieurs années après (6 cas), ne donnent aucune image particulière ou spécifique surajoutée. Nous avons trouvé ainsi, à l'exception d'une seule encéphalographie normale concernant une hébéphrénie délirante déclenchée par la puerpéralité, des atteintes pathologiques variables ; elles intéressaient soit le système ventriculaire (2 cas de III[e] ventricule dilaté), soit le sys-

tème sous-arachnoïdien de la convexité (fronto-pariétal, 2 cas), soit les deux à la fois (4 cas).

Les encéphalographies gazeuses faites chez huit malades ayant subi une lobotomie au cours des années 1951-52 nous ont donné les résultats suivants : une d'entre elles présentait des images aériques parfaitement normales, tant au point de vue ventriculaire que sous-arachnoïdien. Il s'agissait dans ce cas de la seule lobotomie dite chimique (par injection locale de novocaïne) que comprenait notre groupe. Au point de vue clinique, elle présentait le tableau d'une hébéphrénie délirante, apparue également après une puerpéralité. Chez les sept autres malades, nous notons, sauf dans un seul cas, l'atteinte d'un ou plusieurs éléments du système ventriculaire, toujours associée à une dilatation prononcée du III[e] ventricule. Les espaces sous-arachnoïdiens de la convexité sont dilatés de façon très importante dans trois cas au niveau de la région frontale située en avant de la portion antérieure des cornes frontales et, dans les quatre autres cas, l'atteinte corticale respecte la région frontale et intéresse de façon variable les différentes régions du cortex.

Si nous mettons maintenant en parallèle nos résultats avec les manifestations psychiques qui ont marqué le début de l'affection, nos constatations sont les suivantes (tableau 3).

TABLEAU III. — *Résultats en fonction des modes de début de l'affection*

MODE DE DÉBUT	NOMBRE DE MALADES	Atteinte ventriculaire isolée	Dilatation III[e] ventricule	Dilatation cornes temporales	Atteinte corticale isolée	Atteinte frontale et pariétale associée	Atteinte associée des 2 systèmes	E[o] NLE
Bouffée confuso-onirique.....	21	5	9	4	5	3	6	5
Etat d'excitation....	19	2	16	10	1	9	15	1
Etat dépressif.....	28	5	15	12	5	14	15	3
Baisse progressive de l'activité	9	2	3	4	2	6	4	1
Neurasthénie.....	10	4	3	3	1	1	3	2
Troubles du comportement.....	22	6	9	8	7	6	6	3
Etat délirant.....	24	5	14	8	5	10	13	1

Dans le cas où l'affection débute par une bouffée confuso-onirique (21 malades), nous trouvons cinq encéphalographies normales. Parmi les atteintes pathologiques (16 cas), la dilatation du III[e] ventricule (9 cas) est la plus fréquemment rencontrée. Dans les schizophrénies débutant par un état d'excitation atypique (19 cas), la dilatation du III[e] ventricule, associée à celle des cornes temporales, ainsi qu'à l'atrophie frontale et pariétale, est l'atteinte la plus fréquente. On retrouve sensiblement les mêmes résultats quand le mode de début est du type dépressif (28 cas). Quand l'affection débute par une baisse progressive de l'activité générale (9 cas) ou par un tableau de neurasthénie (10 cas), nous notons approximativement la même proportion d'atrophie corticale, de dilatation ventriculaire ou d'atteinte associée. Dans les formes débutant par des troubles du comportement (22 cas), avec fugues, impulsions et parfois tentatives de suicide, l'atteinte la plus fréquente est celle du III[e] ventricule et des cornes temporales. Si l'affection débute par un état délirant (24 cas), nous trouvons une prédominance très nette des atteintes dites associées, intéressant d'une part le III[e] ventricule, les cornes temporales, et d'autre part la région corticale, frontale et pariétale. Un fait que nous tenons à mettre en évidence est la fréquence relativement élevée d'encéphalographies normales dans les cas de schizophrénies à début post-puerpéral. En effet, sur les 12 malades de ce type que compte notre groupe, nous trouvons le chiffre très élevé de huit examens normaux. Les quatre autres présentent une dilatation du III[e] ventricule, associée une fois à celle des cornes temporales et trois fois à une atteinte corticale (deux frontales et pariétales et une frontale seule).

Les antécédents personnels pathologiques sont rarement trouvés chez nos malades. Nous n'avons noté en effet que six cas ayant présenté des convulsions dans l'enfance, un cas une réaction méningée ourlienne et quatre autres un traumatisme crânien. Sur les six malades qui ont eu des convulsions, un seul a présenté au cours de l'évolution schizophrénique des crises épileptiques typiques. Son tracé électroencéphalographique est normal, mais par contre, au point de vue encéphalographique, nous constatons une dilatation du III[e] ventricule et des cornes temporales, associée à une atrophie frontale et pariétale. Le malade qui avait eu une réaction méningée ourlienne dans l'enfance, actuellement âgé de 25 ans, ne présente qu'une dilatation isolée du III[e] ventricule. Chez les malades traumatisés crâniens, nous notons des atteintes intéressant le III[e] ventricule, les cornes temporales et le cortex de façon variable.

Il nous semble intéressant de rapporter maintenant quatre cas où nous avons pu effectuer des examens encéphalographiques chez deux membres d'une même famille.

Le premier cas est celui de deux frères âgés de 24 et 25 ans, présentant tous les deux une hébéphrénie dont le début remonte à un an environ. L'affection a débuté chez l'un d'entre eux par un syndrome délirant d'influence et chez l'autre par une dépression atypique avec idées de transformation corporelle. Au point de vue encéphalographique, nous trouvons chez les deux une dilatation du III[e] ventricule et des cornes frontales, associée chez l'un à une atteinte des cornes temporales et à une atrophie frontale. Le deuxième cas est celui de deux sœurs âgées de 32 et 39 ans, qui ont respectivement au point de vue clinique une forme délirante avec accès catatonique et une forme hébéphrénique. Elles présentent toutes les deux une atrophie corticale, pariétale chez l'une, frontale et pariétale chez l'autre. Le troisième cas concerne deux cas d'hébéphrénie délirante chez deux sœurs âgées de 32 et 34 ans ; l'une d'entre elles présente, en plus de la dilatation du III[e] ventricule et des cornes frontales, une atrophie associée de la région frontale et pariétale ; l'autre, dont l'affection avait débuté après une puerpéralité, présente une encéphalographie normale. Signalons, enfin, le cas d'une hébéphrénie délirante, âgée actuellement de 41 ans, dont l'examen encéphalographique montre uniquement une atteinte corticale, frontale-pariétale et occipitale. Le fils de cette malade, âgé de 8 ans, hospitalisé dans notre section infantile pour une épilepsie de type grand-mal, électriquement confirmée, évoluant sur un fond de débilité profonde, présente pour sa part, au point de vue encéphalographique, une dilatation importante du III[e] ventricule et une moins marquée des cornes frontales.

L'âge de nos malades allant de 17 à 60 ans, il nous a semblé nécessaire d'étudier nos résultats en fonction de l'âge qu'ils présentaient au moment où l'examen était pratiqué. Nous avons donc réparti les malades en groupes d'âge de 5 ans, qui se sont révélés d'importance numérique variable (tableau 4).

L'étude de ce tableau nous montre que le nombre d'examens normaux est, proportionnellement à l'importance de chaque groupe, le même jusqu'à 40 ans, âge limite après lequel aucun examen normal n'est retrouvé.

Les atteintes pathologiques se répartissent pour leur part de la façon suivante : avant 20 ans, la dilatation isolée du III[e] ventricule existe seule. Entre 20 et 25 ans (18 malades), l'atteinte

TABLEAU IV. — *Résultats en fonction de l'âge actuel des malades*

AGE ACTUEL	NOMBRE DE MALADES	Dilatation isolée du IIIe ventricule	Dilatation du système ventriculaire seul	Atteinte corticale seule	Atteinte des deux systèmes	Encéphalographie normale
Moins de 20 ans	3	1	2	0	0	1
20 à 25 ans	18	2	8	1	6	3
25 à 30 ans	20	3	7	4	6	3
30 à 35 ans	33	0	4	5	18	6
35 à 40 ans	20	0	4	4	9	3
40 à 45 ans	14	0	2	6	6	0
45 à 50 ans	12	0	0	4	8	0
Plus de 50 ans	13	0	1	3	9	0

ventriculaire prédomine ; par ailleurs, nous notons dans ce groupe l'association d'une atrophie corticale et d'une dilatation ventriculaire dans six cas seulement. Entre 25 et 30 ans, à l'exception d'une fréquence légèrement plus élevée du nombre d'atrophies corticales isolées, les résultats sont pratiquement comparables. A partir de 30 ans, la dilatation isolée du IIIe ventricule n'existe plus, mais nous constatons cependant une prédominance très nette de l'atteinte associée du cortex et du système ventriculaire. Par contre, l'atrophie corticale isolée est plus fréquemment rencontrée que la dilatation du système ventriculaire isolée au fur et à mesure que l'âge augmente. L'atteinte la plus courante, dont la fréquence s'accroît nettement avec l'âge, est celle qui intéresse les deux systèmes à la fois.

Nous avons essayé par la suite de confronter nos résultats avec

TABLEAU V. — *Résultats en fonction de l'âge de début de l'affection*

NOMBRE DE MALADES	AGE DE DÉBUT DE L'AFFECTION	Dilatation isolée du IIIe ventricule	Atteinte du système ventriculaire seul	Atteinte du cortex seul	Atteinte associée du cortex et système ventriculaire	Encéphalographie normale
41	Moins de 20 ans	4	12	7	17	5
47	20 à 25 ans	1	10	7	23	7
45	24 à 30 ans	1	6	13	22	4

l'âge du début de l'affection. Les malades ont été ainsi répartis en trois groupes, qui se sont révélés d'importance numérique sensiblement égale (tableau 5).

Le premier groupe se compose de 41 malades dont l'affection avait débuté avant l'âge de 20 ans. Il comprend 5 encéphalographies normales et 36 pathologiques, qui présentent les modifications suivantes : 17 atteintes associées du cortex et du système ventriculaire, 12 dilatations ventriculaires (comprenant 4 dilatations isolées du III[e] ventricule) et 7 atrophies corticales isolées.

Le deuxième groupe comprend 47 malades dont le début de l'affection se situe entre 20 et 25 ans. Nous trouvons 7 encéphalographies normales et 40 pathologiques. L'atteinte la plus fréquente est celle qui associe le cortex et le système ventriculaire (23 cas). L'atteinte isolée du système ventriculaire existe chez 10 malades (1 cas de III[e] ventricule seul), celle du cortex chez 7 autres.

Le troisième groupe se compose de 45 malades dont le début des troubles mentaux se situe entre 25 et 30 ans. Dans ce groupe, nous trouvons 4 examens normaux et 41 pathologiques, comprenant 22 cas d'atteintes simultanées du cortex et du système ventriculaire, 13 cas d'atrophies corticales isolées et 6 cas de dilatation isolée du système ventriculaire dont un intéressant uniquement le III[e] ventricule.

L'étude de nos résultats en fonction de la durée d'évolution de l'affection met en évidence un certain nombre de constatations (tableau 6).

TABLEAU VI

Résultats en fonction de la durée d'évolution de l'affection

NOMBRE DE MALADES	DURÉE DE L'AFFECTION	Dilatation isolée du IIIe ventricule	Atteinte du système ventriculaire seul	Atteinte du cortex seul	Atteinte associée du système ventriculaire et cortical	Encéphalographie normale
7	Quelques mois	2	5	1	1	0
2	1 an	0	2	0	0	0
4	2 ans	1	1	0	3	0
14	3 ans	1	3	1	8	2
35	3 à 5 ans	2	8	8	8	11
25	5 à 10 ans	0	5	8	10	2
44	Plus de 10 ans	0	4	9	32	1

Nous notons ainsi, en cas d'évolution ne dépassant pas quelques mois (7 cas), la présence d'une seule atteinte corticale associée à celle du système ventriculaire et de six atteintes isolées, soit du cortex (1 cas), soit des ventricules (5 cas, dont 2 III[e] ventricule). Chez les malades (2 cas) dont le début de l'affection date d'un an, nous trouvons uniquement une atteinte isolée du système ventriculaire. Chez 4 autres, dont la durée d'évolution est de deux ans, nous notons une seule dilatation isolée du III[e] ventricule (hébéphrénie délirante post-puerpérale) et trois atteintes associées intéressant le système ventriculaire et sous-arachnoïdien.

Sur 14 malades dont l'évolution dure depuis trois ans, nous trouvons 8 cas d'atrophie corticale associée à une atteinte ventriculaire, 3 dilatations ventriculaires isolées (dont une comprenant une dilatation isolée du III[e] ventricule) et une atrophie corticale (hébéphrénie post-puerpérale). Sur ces 14 malades, deux présentent une encéphalographie normale (dont une concerne une hébéphrénie également post-puerpérale).

Sur les 35 malades dont l'affection dure depuis trois à cinq ans, nous en trouvons 11 qui présentent une encéphalographie normale (comprenant 6 cas d'affection à début post-puerpéral), 8 une atteinte associée du cortex et des ventricules, 8 une atrophie corticale isolée et 8 autres une dilatation isolée du système ventriculaire (dont 2 cas où le III[e] ventricule est seul intéressé).

Dans le groupe comprenant des malades (25 cas) dont l'affection évolue depuis 5 à 10 ans, nous ne trouvons que deux encéphalographies normales (dont une intéresse une hébéphrénie post-puerpérale). Les atteintes pathologiques comprennent 8 cas d'atrophie corticale isolée, 5 cas de dilatation ventriculaire et 10 cas d'atteinte associée du cortex et des ventricules.

Le groupe numériquement le plus important (46 cas) est formé de malades dont la durée d'évolution de l'affection dépasse 10 ans. Nous ne trouvons chez eux qu'une seule encéphalographie normale. Les atteintes pathologiques se composent de 32 cas d'atrophie corticale associée à une dilatation ventriculaire (comprenant 2 cas à début post-puerpéral) et de 13 cas d'atteinte isolée, soit du cortex (9 cas), soit des ventricules (4 cas).

La fréquence élevée (17 %) des cas de microventriculies que nous avons constatée au cours des syndromes schizophréniques nous a incités à les étudier plus en détail. Nous trouvons ainsi, comme le montre le tableau 7, qu'aucun cas de microventriculie n'a été constaté avant l'âge de 20 ans ou après celui de 50 ans.

TABLEAU VII. — *Répartition des microventriculies en fonction de l'âge*

AGE ACTUEL	MICROVENTRICULIES
Jusqu'à 20 ans	0 % des cas
De 20 à 25 ans	33 % des cas
De 25 à 30 ans	10 % des cas
De 30 à 35 ans	24 % des cas
De 35 à 40 ans	20 % des cas
De 40 à 45 ans	14 % des cas
De 45 à 50 ans	16 % des cas
Au-dessus de 50 ans	0 % des cas

Quand on recherche leur répartition en fonction de la durée d'évolution de l'affection, nous les trouvons 9 fois quand la durée est de 3 à 5 ans, 5 fois quand elle est de 5 à 10 ans, 5 fois encore quand elle est de plus de 10 ans. D'autre part, quand l'affection ne dure que depuis peu de temps, c'est-à-dire quelques mois à deux ans, nous trouvons dans les cas de microventriculies que les atteintes pathologiques les plus fréquentes sont celles qui intéressent le III[e] ventricule et le cortex. Par contre, après trois ans d'évolution, l'atteinte la plus couramment constatée est celle qui associe l'atteinte d'un élément du système ventriculaire à l'atrophie corticale. Si nous étudions maintenant le rapport existant entre les microventriculies et les modes de début de l'affection, nous arrivons aux mêmes conclusions que celles trouvées dans notre étude générale. Quand l'affection débute par un syndrome dépressif, une bouffée confusionnelle ou un syndrome délirant, les atteintes pathologiques sont plus fréquentes : dilatations du III[e] ventricule et des cornes temporales, isolées ou associées entre elles ou avec l'atrophie corticale, sont les atteintes les plus courantes. Dans les cas où le mode de début est de type neurasthénique ou obsessionnel, nous ne constatons aucun cas de microventriculie ; par contre, nous en trouvons trois quand le début est de type « troubles du comportement » (deux présentant une atrophie fronto-pariétale, le troisième une encéphalographie normale, la seule sur 24 malades du groupe). Signalons, enfin, que nous retrouvons des microventriculies dans des proportions sensiblement égales dans les différentes formes cliniques.

Comparaison des résultats encéphalographiques avec les résultats des examens complémentaires et de la thérapeutique. — Tous nos malades ayant subi un ou plusieurs enregistrements électroencéphalographiques, nous avons recherché une corrélation entre les modifications pathologiques mises en évidence par la pneumographie et les rythmes électriques. Nous avons ainsi confronté les tracés avec des images encéphalographiques normales ou présentant une atteinte soit du système ventriculaire (isolée ou diffuse), soit du système sous-arachnoïdien de la convexité, soit des deux à la fois. Il ressort de cette étude, si nous nous basons sur les critères que nous avions définis dans un travail précédent, que nos malades présentent 109 tracés normaux et 25 pathologiques, se répartissant de la façon suivante : groupe I, alpha sinusoïdal continu ou en fuseau : 32 cas ; groupe II, alpha sinusoïdal en fuseau présentant de rares bouffées de thêta : 77 cas ; groupe III, alpha rare, nombreuses dysrythmies et bouffées de thêta : 20 cas ; groupe IV ou Choppy : 5 cas. Nous sommes ainsi amenés à conclure qu'il n'existe absolument aucune corrélation entre les images pathologiques et les rythmes électriques. Notons à titre d'exemple que le rythme « Choppy », considéré par de nombreux auteurs, à la suite de Kennard, comme caractéristique d'atrophie corticale, correspond aussi bien à des atteintes corticales que ventriculaires ou même à des examens strictement normaux. Il en est d'ailleurs de même pour les différents autres rythmes recueillis, qu'ils soient normaux ou pathologiques.

L'analyse albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien prélevé au cours de chaque examen ne nous a guère apporté de renseignements significatifs. Nous avons seulement noté, dans un certain nombre de cas, une légère hyperleucocytose en rapport avec l'injection de l'air, comme l'avait déjà souligné Alajouanine. Quant aux radiographies-standard, à l'exception de quelques images de calcification au niveau de l'épiphyse, du plexus choroïde et de la faux du cerveau, elles ne nous ont guère fourni de renseignements particulièrement intéressants. Elles nous ont cependant souvent servi pour interpréter dans certains cas des images aériques douteuses, éliminant par exemple certains aspects dus à l'os et non à l'air injecté.

Nos malades ayant tous eu un traitement de réserpine, nous avons mis en parallèle l'effet thérapeutique obtenu par cette médication avec les résultats de nos examens encéphalographiques. Nous avons noté ainsi une amélioration importante ou une

guérison dans 78 % des cas où il existait une atteinte isolée du système ventriculaire, et aucune modification dans 21 % des cas. L'amélioration ou la guérison intéresse 51 % des malades seulement dans les cas d'atteinte isolée du cortex ; elle ne se produit pas dans 49 % des cas. Enfin, quand l'atteinte intéresse les deux systèmes, la réserpine provoque une amélioration ou une guérison dans 60 % des cas ; elle est sans effet chez les autres (40 %). En résumé, dans les cas où l'examen encéphalographique est pathologique, nous notons 66 % d'amélioration importante ou de guérison, alors que, dans les cas à encéphalographie normale, elle est de l'ordre de 33 % seulement.

Discussion et Conclusion

Il ne nous a pas paru possible d'utiliser les résultats encéphalographiques que nous avons obtenus dans l'étude des syndromes schizophréniques pour procéder à une analyse comparative avec ceux publiés par la majorité des auteurs. En effet, d'une part, la méthode globale qu'ils utilisent donne, comme nous l'avons indiqué dans la première partie de ce travail, des images discutables (artéfacts par distension des ventricules et des sillons, et superposition de leurs images), et, d'autre part, au point de vue clinique, notre groupe de malades ne correspond pas aux leurs. La schizophrénie, pour ces auteurs, prend une extension considérable et englobe, de cette manière, aussi bien les confusions, les bouffées délirantes, la paranoïa, la paraphrénie que les syndromes maniaques et mélancoliques accompagnés de phénomènes hallucinatoires. En ce qui nous concerne, comme nous l'avons déjà dit, nous avons limité le domaine de la schizophrénie à la démence précoce de Kræpelin, au sens où il l'entendait une fois qu'il en eut séparé les paraphrénies.

Nos constatations encéphalographiques mettent en évidence certains faits intéressants. Tout d'abord, la fréquence extrêmement élevée des images pathologiques qui atteint 88 % des cas et la rareté des images normales (12 % des cas). Nous trouvons ensuite que les systèmes ventriculaire et sous-arachnoïdien de la convexité présentent chacun des modifications pathologiques pratiquement dans les mêmes proportions : 91 cas pour le premier système, 89 cas pour le second.

La fréquence de l'atteinte isolée, c'est-à-dire intéressant un seul système à la fois, est également sensiblement la même pour chacun d'eux. Nous trouvons, en effet, 28 atteintes pathologiques

intéressant le système ventriculaire et 26 atrophies corticales ; les deux systèmes sont atteints à la fois dans les 63 autres cas.

Comme nous l'avons déjà vu, les différents segments d'un système sont atteints avec des fréquences variables. Dans le système ventriculaire, par exemple, nous constatons la prédominance incontestable de la dilatation du III[e] ventricule (69 cas) et des cornes temporales (49 cas). Au niveau du cortex, l'atteinte la plus fréquente est celle qui intéresse isolément le lobe frontal (81 cas) et le lobe pariétal (63 cas), ainsi que leur atteinte associée (42 cas). Rappelons de plus la rareté (3 cas III[e] ventricule, 3 cas cornes temporales, 3 atrophies frontales, 3 atrophies pariétales) et même souvent l'absence (corne frontale, corne occipitale, atrophie temporale et occipitale) de l'atteinte pathologique isolée d'un seul segment. Un fait qui mérite d'être retenu, par ailleurs, est l'existence d'une proportion importante, de l'ordre de 17 % des cas, de microventriculies dans notre groupe de malades.

Les résultats globaux que nous venons de rappeler prennent une valeur toute particulière quand on les étudie, comme nous l'avons fait, en fonction de l'âge des malades au début de l'affection et au moment de l'examen, et de la durée d'évolution du processus schizophrénique. Nous arrivons en effet à la conclusion que les atteintes prédominantes au début de l'affection sont celles qui intéressent surtout un système isolément cortical ou ventriculaire. Au fur et à mesure que l'évolution se poursuit, les deux systèmes présentent des modifications pathologiques, et il est rare, sinon exceptionnel, au bout de 4 à 5 ans d'évolution, de constater une atteinte isolée.

Cependant, les faits ne semblent pas en faveur, en ce qui concerne chaque système, d'une diffusion des lésions d'un segment aux autres, mais bien plutôt d'une nette accentuation de ces lésions qui s'accroissent sur place, au niveau des segments atteints depuis le début du processus schizophrénique. Cette accentuation n'est pas due uniquement à l'âge, bien que son influence soit probable jusqu'à un certain degré, mais dépend plutôt de la durée de l'évolution. Nous trouvons ainsi chez des sujets d'âge différent, dont l'affection avait la même durée d'évolution, des images pathologiques sensiblement les mêmes. Ces constatations nous amènent à réfuter l'hypothèse de Grünthal, selon laquelle « l'atrophie du cerveau en cas de schizophrénie chronique est conditionnée par une maladie accidentelle ou organique différente ».

Un problème que nous voulons aborder maintenant est celui

de l'influence des traitements de type électrochoc, cardiazol ou insuline, sur la genèse des lésions que l'encéphalographie gazeuse visualise. Nous pensons, pour notre part, que si ces traitements produisent des lésions, celles-ci ne sont pas suffisamment importantes pour qu'elles soient mises en évidence par la pneumographie. Du reste, la plupart des travaux que nous trouvons dans la littérature, et qui font état d'atteintes pathologiques semblables à celles que nous avons constatées, ont été faits avant l'apparition de ce type de traitements. De plus, parmi nos 134 malades, nous trouvons 16 examens normaux effectués chez des sujets ayant tous subi de telles thérapeutiques. Par contre, nous trouvons chez 15 autres malades, qui n'avaient jamais eu de traitements de ce type et dont l'affection durait depuis moins de deux ans, des atteintes pathologiques comparables à celles constatées chez les autres. Un certain nombre d'autres facteurs, tels que les crises convulsives, les antécédents pathologiques personnels ou familiaux, ne semblent pas avoir eu d'influence tant au point de vue qualitatif que quantitatif sur l'aspect ou la localisation des lésions.

Il nous semble intéressant de rappeler les effets thérapeutiques paradoxaux obtenus par l'utilisation de la réserpine. En effet, les résultats étaient, comme nous l'avons vu, nettement plus favorables dans les cas présentant des images pathologiques que dans ceux à images normales, et ceci quelle que soit la durée d'évolution de l'affection au moment de l'institution du traitement. Les guérisons les plus spectaculaires et les plus rapides furent obtenues surtout dans les cas où il n'existait qu'une atteinte isolée d'un seul système, ventriculaire ou cortical. Par contre, elle était beaucoup plus longue à obtenir dans les cas d'atteintes associées des deux systèmes.

La confrontation de nos résultats, présentant des images normales ou pathologiques, avec la clinique, nous a amenés à constater l'absence de toutes corrélations spécifiques. C'est ainsi que nous n'avons pu mettre en évidence un rapport entre la présence ou l'absence d'une atteinte localisée ou diffuse du système ventriculaire ou cortical avec une symptomatologie clinique quelconque. De plus, chez des schizophrènes chroniques (durée de l'affection : plus de 10 ans), nous n'avons pu trouver dans l'aspect des images pathologiques une différence entre les formes évolutives « démentielle » et « déficitaire simple ». Nous avons cependant noté qu'il existe un plus grand pourcentage de dilatation du III[e] ventricule, des cornes temporales et d'atrophie corti-

cale frontale et pariétale associées dans les formes hébéphréniques que dans les formes paranoïdes ou catatoniques. La seule corrélation, non spécifique d'ailleurs, que nous ayons constatée est celle qui est en rapport avec les modes du début de l'affection. Nous trouvons ainsi, comme nous l'avons déjà vu, que, dans les débuts à formes maniaque, dépressive ou délirante, les atteintes pathologiques sont nettement plus fréquentes, se caractérisant surtout par la prédominance de la dilatation du III[e] ventricule, des cornes temporales, associées en général à une atrophie corticale. Dans les cas où le mode de début est caractérisé par des troubles du comportement, l'atteinte la plus fréquente est ventriculaire, intéressant surtout le III[e] ventricule. Les autres modes de début ne présentent par contre aucune atteinte prédominante caractéristique.

Rappelons, enfin, la fréquence d'examens normaux dans les cas de schizophrénies à début post-puerpéral.

Au terme de cette étude pneumographique portant sur les syndromes schizophréniques, nous pouvons considérer que les atteintes du système ventriculaire, comme celles du système sous-arachnoïdien de la convexité, sans être spécifiques de ce syndrome (puisqu'on les retrouve dans d'autres syndromes mentaux, comme nous le verrons par la suite), sont tellement fréquentes que nous pouvons les considérer comme « concomitantes » du processus schizophrénique. Ces atteintes forment-elles la « base organique » du syndrome schizophrénique, comme l'avait envisagé Bleuler ? Nos résultats semblent bien plaider en faveur de cette hypothèse.

Résumé

En utilisant la méthode encéphalographique de Lindgren, 134 schizophrènes, type démence précoce de Kræpelin, ont été étudiés. Les résultats obtenus montrent 16 examens normaux et 118 pathologiques. Les atteintes les plus courantes sont l'atrophie corticale, localisée au niveau du lobe frontal et pariétal, ainsi que la dilatation du III[e] ventricule et des cornes temporales. Ces résultats ont été étudiés en fonction de nombreux facteurs, formes cliniques, mode et âge de début, âge actuel, durée de l'affection, électroencéphalogramme, effets thérapeutiques.

Fig. 1. — Schiz. forme hébéphréno-catatonique, 32 ans. Durée de l'affection : onze ans. Dilatation isolée du III[e] ventricule (12 mm.). Ventricules latéraux, sillons et citernes normaux.

FIG. 2. — Schiz. forme hébéphrénique, 24 ans. Durée de l'affection : deux ans. Système ventriculaire : dilatation du III[e] ventricule (11 mm.) et des cornes frontales. Sillons frontaux et citernes de la base normaux.

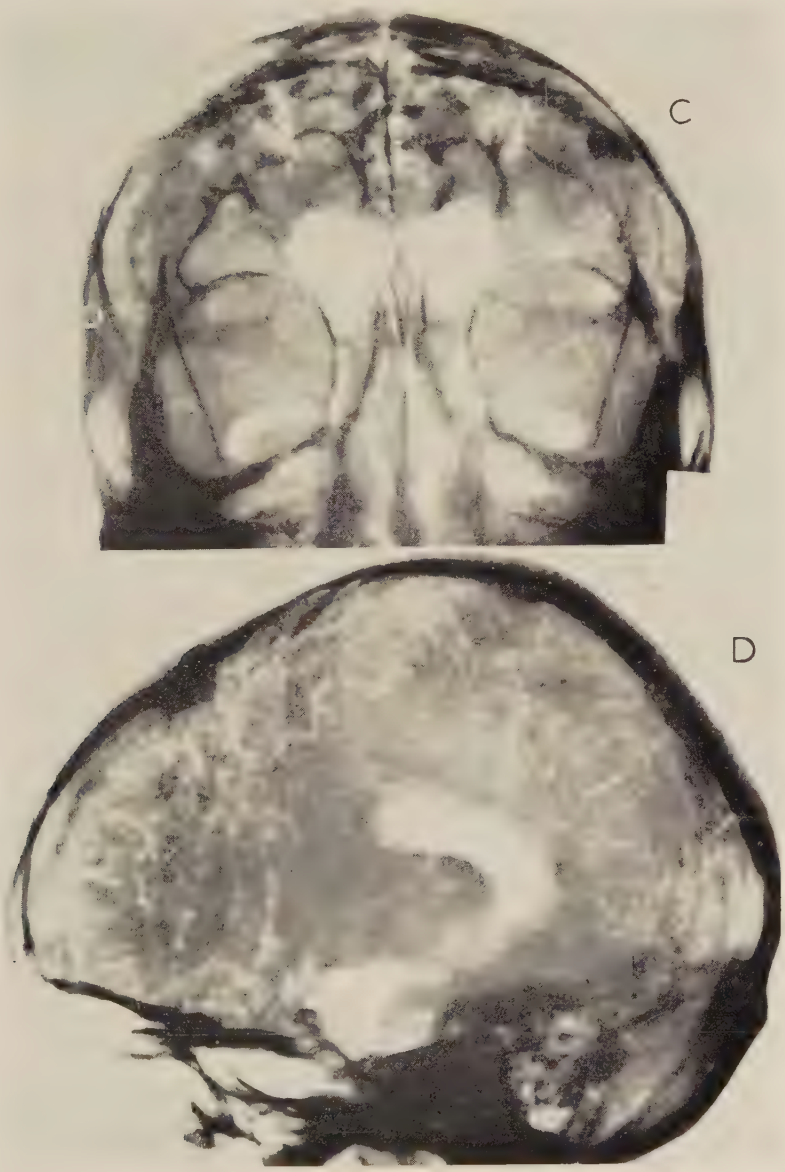

FIG. 2'. — Même malade que sur la fig. 2. Système ventriculaire : dilatation bilatérale des cornes temporales. Cornes occipitales normales. Sillons frontaux, pariétaux et occipitaux normaux.

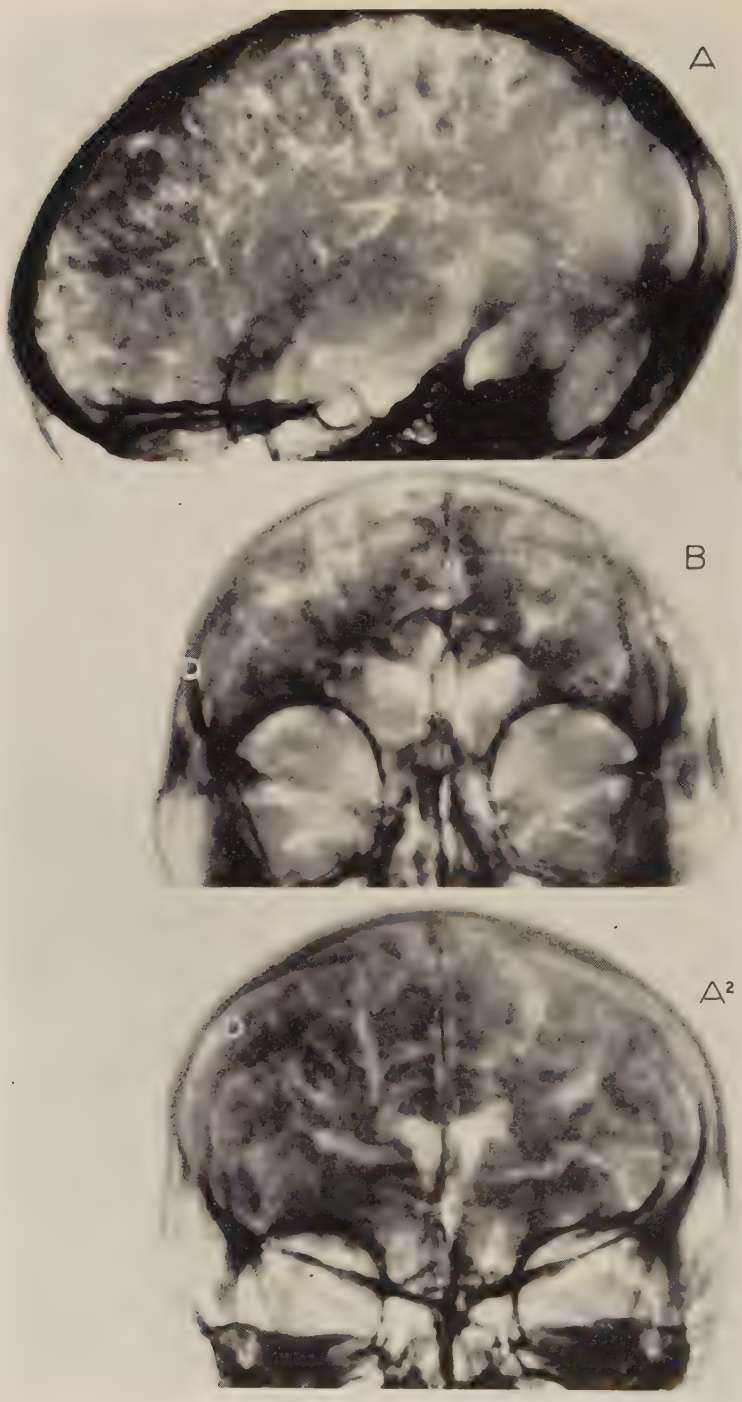

Fig. 3. — A. B. Schiz. forme hébéphrénique, 27 ans. Durée de l'affection : six ans. Atrophie pariétale isolée. Microventriculie. — A2. Schiz. forme paranoïde, 31 ans. Durée de l'affection : quatre ans. Atrophie frontale et pariétale associée. Microventricules

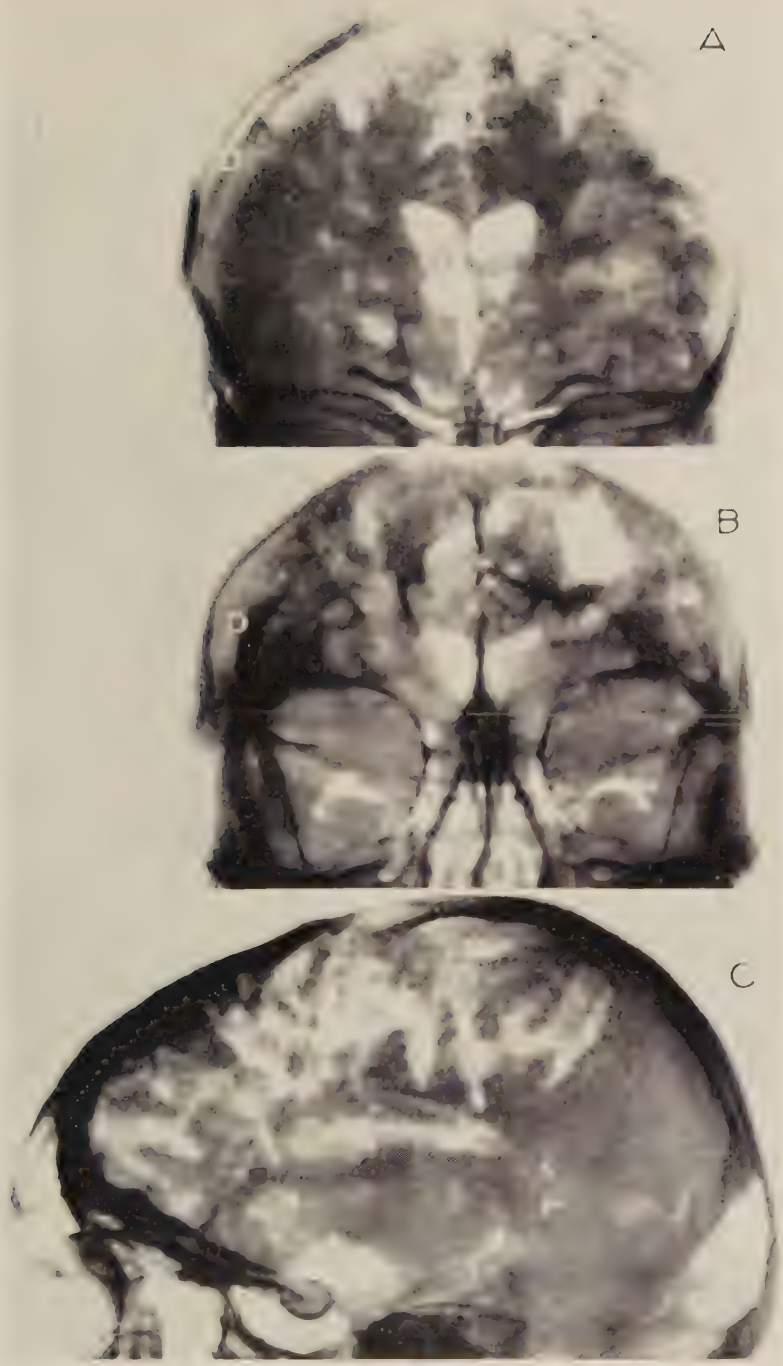

Fig. 4. — Schiz. forme paranoïde, 32 ans. Durée de l'affection : sept ans. Atrophies frontale et pariétale associées. Système ventriculaire normal. (A : cornes frontales et IIIe ventricule ; B : cornes temporales).

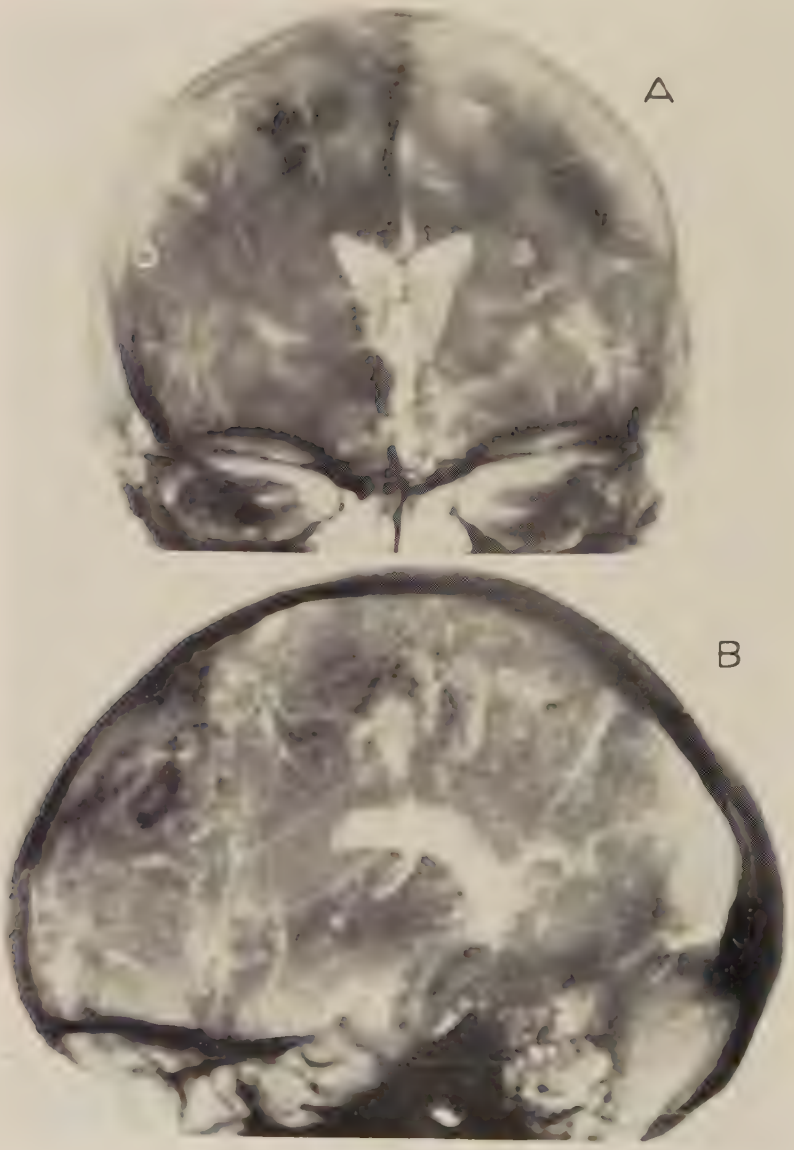

Fig. 5. — Schiz. forme paranoïde, 41 ans. Durée de l'affection : onze ans. Dilatation isolée du III[e] ventricule (10 mm.). Atrophie pariétale isolée. Citernes normales.

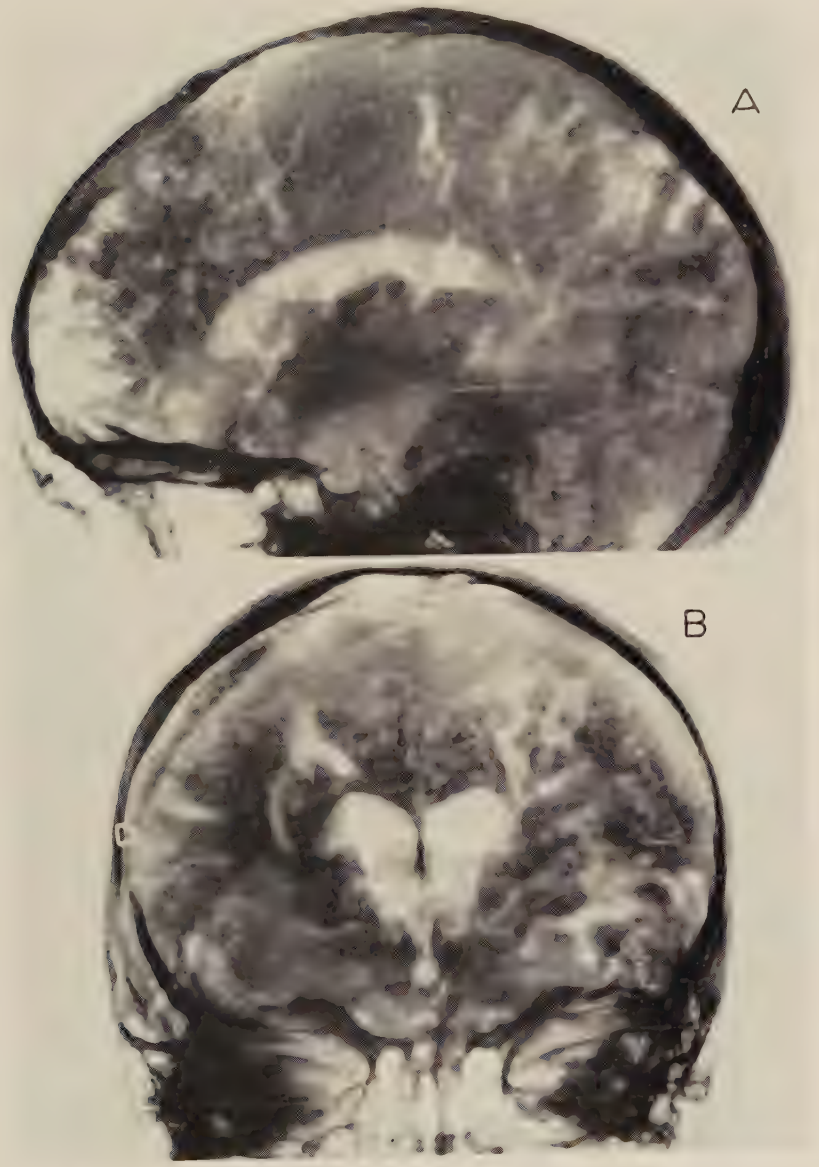

Fig. 61. — Schiz. forme hébéphrénique, 47 ans. Durée de l'affection : vingt-six ans. Atrophie frontale et pariétale. Système ventriculaire normal.

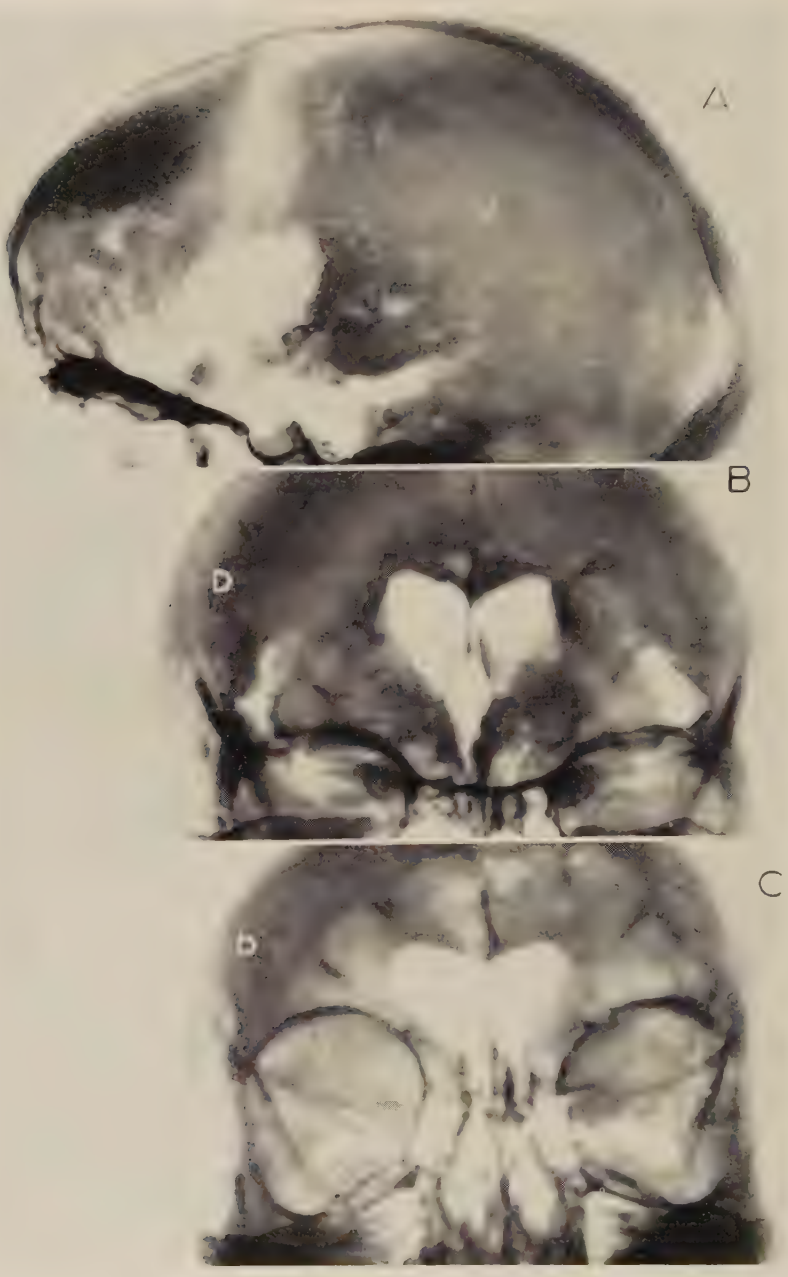

Fig. 7. — Schiz. forme paranoïde, 50 ans. Durée de l'affection : vingt ans. Atrophie frontale antérieure et de l'insula (A). Dilatation du III[e] ventricule (B) et de la corne temporale gauche (C). Dilatation des citernes chiasmatique, interpédonculaire et prépontique ainsi que de la lame terminale (A).

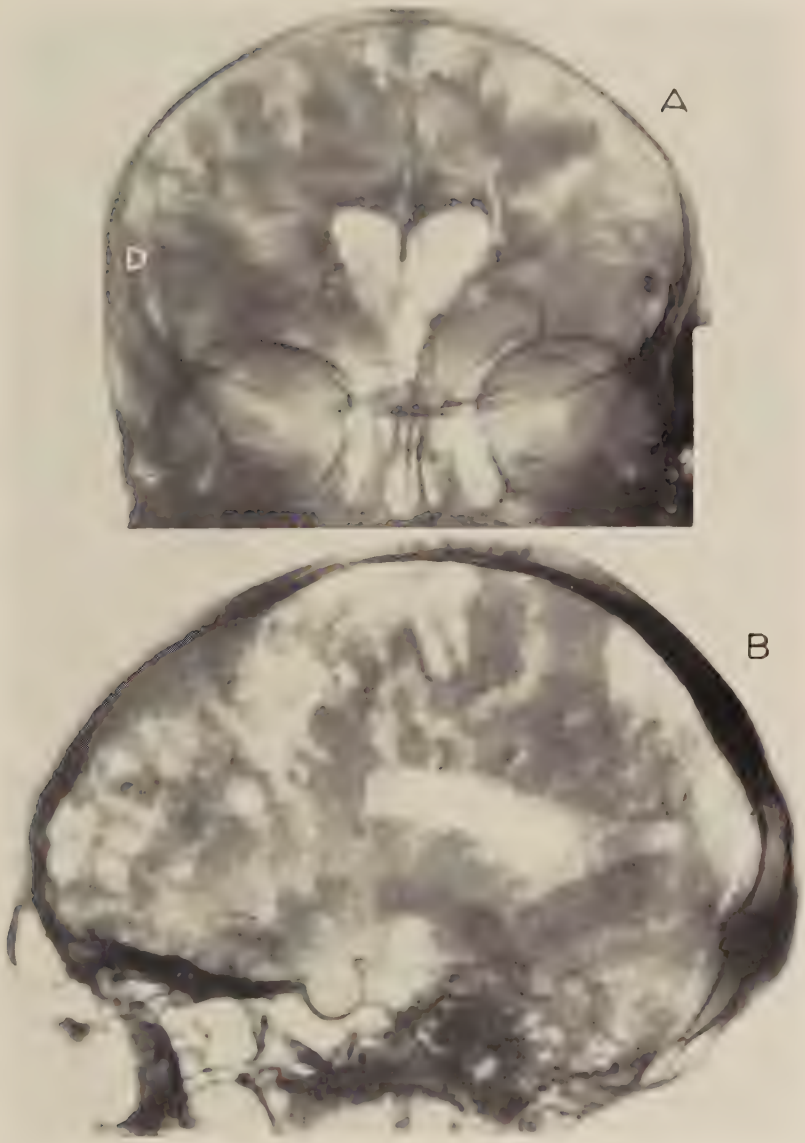

FIG. 8. — Schiz. forme paranoïde, 60 ans. Durée de l'affection : trente-six ans. Atrophie frontale, pariétale et occipitale. III[e] ventricule dilaté (10 mm.). Système ventriculaire normal.

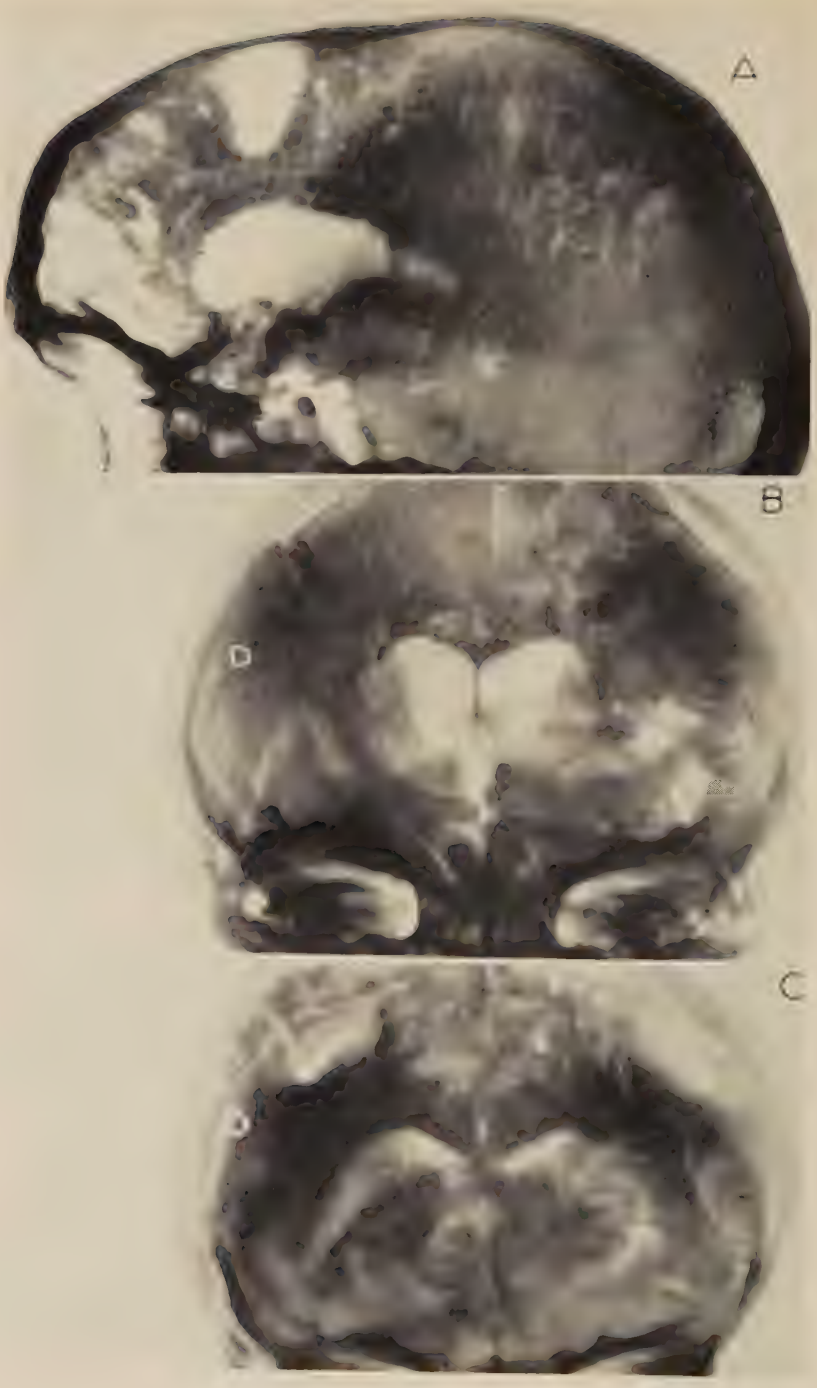

Fig. 9. — Schiz. forme paranoïde, 34 ans. Durée de l'affection : douze ans. Lobotomie : 1953. Atrophie frontale antérieure localisée. Début d'atrophie pariétale. Dilatation du III[e] ventricule et des cornes frontales (A et B). Cornes occipitales normales (C).

BIBLIOGRAPHIE

Borenstein (P.) et Dabbah (M.). — L'électro-encéphalogramme dans les syndromes schizophréniques. *Ann. méd.-psych.*, 1957, I, 4, 545.

Davidoff (L. M.) and Dyke (C. G.). — *The normal Encephalogram*, Lea & Febiger, Philadelphia, 1951.

Delay (J.), Neveu (P.) et Desclaux (P.). — Délire paranoïde avec schizophrénie. Atrophie cérébrale révélée par l'encéphalographie. *Ann. méd.-psych.*, 1944, I, 4, 374.

——— Paraphrénie d'évolution ancienne. Atrophie cérébrale à prédominance frontale révélée par l'encéphalographie. *Ann. méd.-psych.*, 1944, I, 4, 377.

Fischgold (H.) et Metzger (J.). — Introduction à la radiologie en psychiatrie. *In* Encyclopédie médico-chirurgicale. *Psychiatrie*, t. I, 1955.

—— L'encéphalographie dans l'atrophie cérébrale. *In* Encyclopédie médico-chirurgicale. *Psychiatrie*, t. I, 1955.

Goette (L.). — Normal Encephalogramm. *Acta radiol.*, 1929, supp. 3, pars. 2, 97-98.

Grünthal (E.). — Zum Problem der Schizophrenen Erkrankung. *Mschr. Psychiatr.*, 1952, 124, 258 ; 1954, 127, 176.

Guiraud (P.). — *Psychiatrie clinique*, Le François, 1956.

Guttmann (L.). — Liquor Hirnpunction, Röntgenologie. In *Handbuch der Neurologie*. Bumke (O.) und Foerster (O.), 1936.

Heinrich (A.). — *Alternsvorgänge im Röntgenbild*. Thieme Verlag, 1941.

Huber (G.). — Zur Frage der mit Hirnatrophie einhergehenden Schizophrenie. *Arch. f. Psychiatr. u. z. Neur.*, 1953, 190, 429-448.

— Das Pneumoencephalogramm am Beginn schizophrener Erkrankungen. *Arch. f. Psychiatr. u. z. Neur.*, 1955, 139, 406-426.

Jacobi (W.) und Winkler (H.). — Encephalographische Studien an chronisch Schizophrenen. *Arch. f. Psychiatr.*, 1927, 81, 299-332.

Kaútzky (R.) und Zülch (K. J.). — *Neurologisch-Neurochirurgische Röntgendiagnostik*, Springer Verlag, 1955.

Lefebvre (J.), Faure (Cl.) et Gillet (J.). — Que doit-on penser des signes radio-encéphalographiques d atrophie corticale ? Erreurs d'interprétation dues au passage de l'air dans l'espace sous-dural. *Arch. fr. de Pédiatr.*, 1952, 9, 5.

— L'air sous-dural ; une cause d'erreur encore trop méconnue dans l'interprétation des encéphalographies gazeuses. *Journ. de Radiol.*, 1956, 37, 981-984.

Lemère (F.) and Barnacle (C. H.). — Encephalography. A review of eight hundred encephalograms with special reference to subdural air. *Arch. Neur. Psychiat.*, Chicago, 1936, 35, 990-1001.

Lemke (R.). — Ueber Beziehungen zwischen Verlauf der Schizophrenie und ihrem encephalographischen. *Bild. Zentr. f. d. Ges. Neur. u. Psych.*, 1936, 82, 709.

— Untersuchungen für die soziale Prognose der Schizophrenie unter besonderer Berücksichtigung des encephalographischen Befundes. *Arch. f. Psychiatrie,* 1936, 104, 89-136.

Lindgren (E.). — Pneumographic study of the temporal horn. *Acta Radiologica,* 1948, supplément LXIX.

— Some aspect on the technique of Encephalography. *Acta Radiologica,* 1949, 31-161.

— *Handbuch der Neurochirurgie. Röntgenologie,* Springer Verlag, 1954.

— Encephalography in cerebral atrophy. *Acta Radiologica,* 1951, 35, 276-291.

— Pneumographie du crâne. In *Traité de Radiodiagnostic,* t. II, de Schienz.

Lowel (H. W.). — Encephalography in Schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.,* 1937, 86, 75.

Manceaux (M.), Bardenat (Ch.), Pélicier (V.) et Pascalis (G.). — *Ann. méd.-psych.,* mai 1957.

Moore (N. T.), Nathan (D.), Elliot (A. R.) and Laubach (C.). — Encephalographic studies in schizophrenia. *Am. Journ. of Psychiatry,* 1933, 12, 801-810.

— — — — Encephalographic studies in mental disease. *Am. Journ. of Psych.,* 1935, 92, 43-67.

Pendergrass (E. P.). — Interpretation of encephalographic observations. Comments on those found in the convulsive state. *Arch. of Neur.,* Chicago, 23, 946-985, 1930.

— Encephalography : An explanation of a possible error in technique. *Amer. J. Roentgenol.,* 25, 754-757, 1931.

Robertson (E. G.). — *Encephalography,* Mac Millan and Co, Melbourne, 1941.

— *Further studies in Encephalography,* Mac Millan and Co, Melbourne, 1946.

Ruggiero (G.). — Quelques aspects de l'indication et de la technique de l'encéphalographie. *Rev. Neurol.,* 1950, 83, 5, 420-430.

— Pneumographie. *Rev. Neurol.,* 1950, 90, 5, 503-555.

Santagati (F.) et de Sanctis (T.). — Ricerche encefalografiche nella schizofrenia. *Riv. Sper. di Freniatria,* 1952, 603-638.

Schiersmann (O.). — *Einführung in die Encephalographie,* Thieme, 1952.

Storch (Th.) and Buermann. — Subdural shadows in pneumoencephalograms. Their diagnosis, origin and significance. *Arch. Neur. Psychiat.,* Chicago, 1939, 42, 810-825.

Troland (C. E.), Baxter (D. H.) et Schatzki (R.). — Observations on Encephalographic findings in cerebral Trauma. *Neurosurg.,* 1946, 3, 390-398.

Yamamato (S.). — Ueber das Encephalogramm der Schizophrenie. Fuknota. *Acta Med.,* 1940, 33, 4.

L'ELECTROENCEPHALOGRAMME DES ALCOOLIQUES CHRONIQUES

Essai statistique

PAR

J. DELAY, G. et J. VERDEAUX, P. CHANOIT (Paris)

Recherchant dans la littérature les différents avis d'auteurs ayant publié sur l'électroencéphalogramme des alcooliques, nous avons noté une grande divergence d'opinion.

Sur l'importance des perturbations dans les tracés d'alcooliques, l'accord n'est pas fait. Certains pensent qu'un grand nombre de ces malades ont des tracés altérés. Davies, Gibbs, Jetter et Trowbridge, dans une statistique publiée en 1941, trouvent 72 % des tracés altérés chez les alcooliques, alors qu'un groupe témoin de sujets dits normaux n'en contenait que 25 %. Greenblatt, Lévin et Cori trouvent un nombre important de tracés altérés chez des alcooliques psychotiques ou épileptiques. Par contre, chez les éthyliques non psychotiques, quelle que soit la durée de l'alcoolisation, ils ne rencontrent rien de significatif dans leur électroencéphalogramme.

En 1949, R. Cohn, sur un groupe de 68 alcooliques, relève 76 % de tracés normaux et il écrit : « L'éthylisme chronique ne semble pas troubler les fonctions du cerveau au point de se manifester sur l'électroencéphalogramme. »

J. Perrin, dans sa thèse en 1945 sur 100 alcooliques, ne trouve que 20 tracés normaux. Funkhauser, Magler et Walke, en 1953, sur 189 tracés d'alcooliques, rencontrent beaucoup de tracés normaux.

A quoi sont dues ces différences ? Il est difficile d'en juger. Le recrutement des malades n'est pas identique dans les différentes études. Les critères de normalité sont appréciés différemment.

Nous avons dans notre étude fait porter notre enquête sur un total de 953 alcooliques ayant eu un ou plusieurs tracés.

Tous ces malades ont comme caractéristique commune d'être internés, la plupart en raison de leur alcoolisme. L'imprégnation, à l'entrée du moins à l'hôpital, était certaine, mais un grand nombre d'entre eux, enregistrés après quelque temps de séjour, ne présentaient plus de signes neurologiques d'imprégnation.

Le recrutement, un peu particulier, nous a fait prendre comme groupe de contrôle un ensemble de 1.548 tracés, pris au hasard parmi les malades enregistrés au Laboratoire d'électroencéphalographie du Centre psychiatrique Ste-Anne, non alcooliques, mais tous internés.

Chaque tracé comprend : un enregistrement de repos, une hyperpnée d'au moins trois minutes et une activation stroboscopique.

Parmi ces 953 alcooliques, on rencontre 125 femmes (soit 15 %) et 828 hommes.

Dans un premier tri, nous avons séparé les tracés normaux des tracés altérés ; nous entendons par normaux des tracés ne présentant pas d'anomalies (en particulier du type thêta) au repos et n'étant modifiés ni par l'hyperpnée, ni par la stimulation lumineuse intermittente. Nous avons ainsi isolé 266 tracés normaux et 687 tracés altérés (72 %).

Parmi ces tracés altérés, nous avons noté un certain nombre d'anomalies, tant dans la morphologie des éléments que dans leur fréquence. Nous avons en outre étudié la sensibilité de ces tracés à différentes épreuves.

Enfin, pour éliminer toute autre influence que l'alcoolisme, nous avons comparé les tracés normaux ou altérés de malades chez qui on pouvait soupçonner une autre étiologie. Nous avons résumé ces constatations en trois tableaux.

1) *Anomalies morphologiques*

Alpha pointu	Thêta	Rythmes rapides	Pointes	Delta	Plats
251	446	133	31	53	74
37 %	65 %	20 %	4,5 %	8 %	11 %

2) *Répartition des tracés suivant les différentes épreuves*

Tracés altérés dès le repos	Tracés normaux au repos altérés à l'hyperpnée	Tracés altérés au repos aggravés par l'hyperpnée	Tracés sensibles à la S.L.I.		Tracés perturbés par la S.L.I.
			Tracés Nx	Tr. altérés	
270	188	98	63	294	
40 %	25 %	14 %	20 %	41 %	8 %

3) *Proportion des tracés normaux et altérés en fonction d'étiologie connexe*

	Manifestations névrotiques	Troubles caractériels	Antécédents d'état confusionnel	Traumatisme crânien
Tr. normaux..	21 (7,6 %)	81 (29,3 %)	64 (23,1 %)	67 (24,2 %)
Tr. altérés....	56 (8,2 %)	192 (28,3 %)	201 (29,6 %)	177 (26,1 %)

La lecture de ces différents tableaux permet de tirer quelques conclusions.

En premier lieu, si l'on se réfère au tableau 3, il est permis d'éliminer, à l'origine des anomalies rencontrées, un certain nombre d'étiologies connexes à l'alcoolisme. Qu'il s'agisse d'état névrotique, de troubles caractériels ou de traumatisme crânien, la même proportion des tracés normaux ou altérés se rencontre. Seule, une minime différence est notée lorsqu'il existe dans les antécédents un état confusionnel qui paraît s'accompagner d'un pourcentage légèrement plus élevé de tracés perturbés.

L'étude des autres tableaux nous fait remarquer d'autres faits : l'abondance du thêta : 65 % des tracés contiennent des éléments thêta. La présence des rythmes rapides est aussi notée dans 20 % des tracés altérés. Dans les tracés non altérés, ces rythmes n'ont été rencontrés que dans 2 % des cas.

Le deuxième tableau nous montre la prévalence des anomalies au repos (40 % des cas). Etant donné la fréquence globale des éléments, nous avons recherché sa répartition suivant le mode d'altération du tracé. Dans le groupe des tracés altérés dès le repos, le thêta se rencontre dans 60 % des cas, constituant ainsi une grande partie des altérations. Dans le groupe des tracés nor-

maux au repos, mais altérés à l'hyperpnée, il se rencontre dans 67 % des cas.

Enfin, dans le groupe des tracés altérés au repos, mais aggravés par l'hyperpnée, il apparaît dans 96 % des cas, chiffre considérable en regard de son pourcentage dans la totalité des tracés qui est de 65 %.

Un autre point ressort de la lecture du deuxième tableau : dans les tracés normaux, 20 % réagissent à la stimulation lumineuse intermittente, soit sous forme d'augmentation du voltage, soit sous forme d'entraînement sans apparition d'image pathologique. Dans les tracés altérés, 41 %, soit près du double, réagissent à la stimulation lumineuse intermittente.

Cette différence nous a semblé mériter une étude plus poussée. Aussi avons-nous divisé les tracés en six groupes :

	Sensibilité à la lumière
Tracés normaux	63 (20 %)
Tracés altérés dès le repos	64 (28 %)
Tracés altérés à l'hyperpnée seule	76 (40 %)
Tracés altérés au repos et à l'hyperpnée	27 (28 %)
Tracés plats	50 (68 %)
Le reste des tracés	77 (46 %)

Ainsi s'avère un fait d'observation courante et fréquente chez les alcooliques : *le tracé de repos est de faible voltage, partiellement ou totalement « désynchronisé », et il est resynchronisé par certaines stimulations, dans le cas présent la stimulation lumineuse intermittente.*

A signaler, en outre, que nous avons isolé un groupe de tracés plats, c'est-à-dire sur lesquels on ne pouvait déceler par l'analyse visuelle aucun rythme d'une amplitude suffisante pour être compté, mais que, en réalité, la majorité de nos alcooliques ont des tracés peu amples. Nos constatations sont ainsi en accord avec les publications de Little (S. C.) and Avoy (Mc), Loomis, Harvey and Hobart, Gibbs.

Un autre point a par la suite attiré notre attention. Grâce au grand nombre de nos tracés, nous avons recherché la répartition des fréquences du rythme alpha chez nos malades. Nous avons reporté les chiffres rencontrés sur les graphiques suivants (fig. 1).

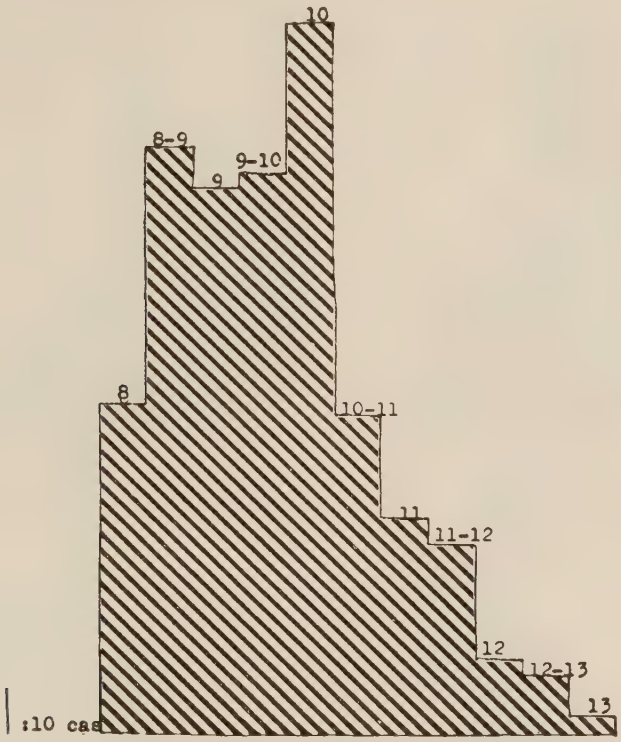

Fig. 1. — Histogramme des fréquences du rythme alpha dans les tracés d'alcooliques

On voit ainsi réparti suivant les différentes fréquences : un groupe à 10 c./s. légèrement dominant. A gauche de ce groupe, les fréquences plus lentes ; à droite, les fréquences plus rapides. On note déjà une nette prédominance des fréquences lentes sur les rapides.

Plus intéressante encore est la répartition du rythme alpha étudiée comparativement sur les tracés normaux ou altérés d'alcooliques. En vue de faciliter cette comparaison et pour compenser la différence quantitative des deux groupes, nous avons réduit les chiffres en pourcentage (fig. 2).

On s'aperçoit alors, pour les tracés altérés, du déplacement vers la gauche, c'est-à-dire vers les fréquences plus lentes du rythme alpha. L'alpha à 8 c./s. fait une brusque ascension, moins marquée pour le 8-9 c./s. et le 9 c./s. Par contre, à partir du 9-10 c./s., puis du 10 c./s., le pourcentage diminue.

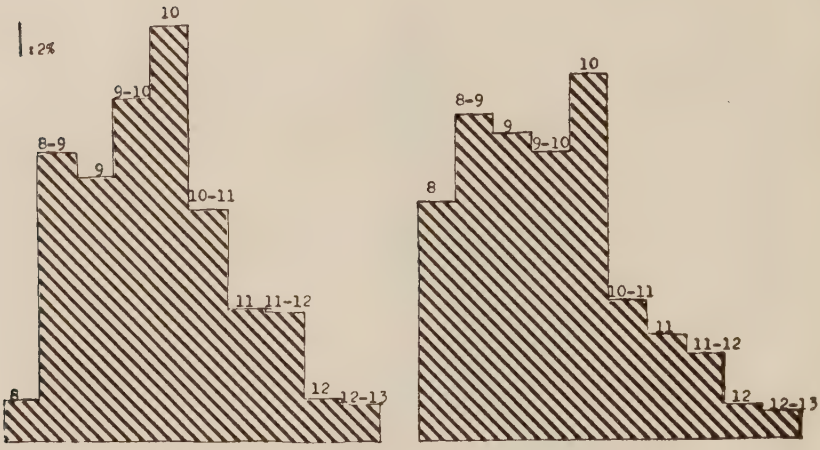

FIG. 2. — Pourcentage des différentes fréquences de l'alpha dans les tracés normaux ou altérés d'alcooliques. A gauche : les tracés normaux. A droite : les tracés altérés.

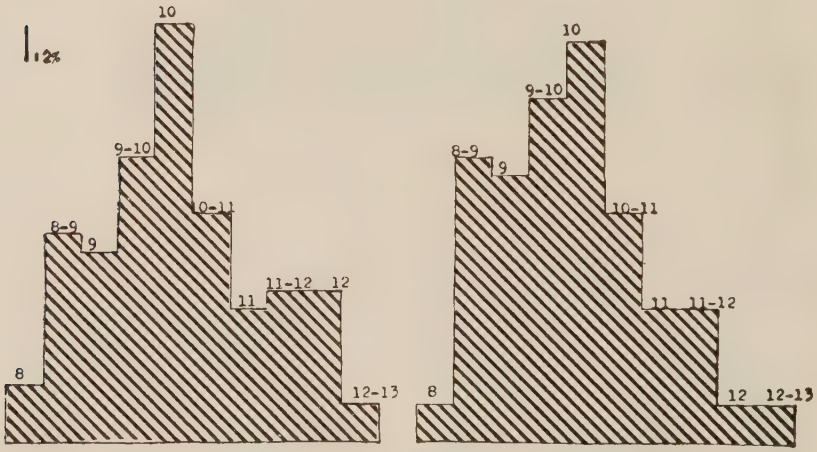

FIG. 3. — Pourcentage des différentes fréquences de l'alpha chez 554 sujets n'ayant pas d'affection pathologique évolutive (à gauche) et chez 266 alcooliques ayant des tracés normaux.

Des comparaisons avec des groupes témoins vont nous confirmer ce déplacement des éléments alpha vers les basses fréquences de cette bande.

Pour cela, nous avons, dans la figure 3, mis côte à côte le pour-

centage des différentes fréquences d'alpha dans 554 tracés normaux chez des sujets n'ayant pas d'affection pathologique évolutive et celui des différentes fréquences d'alpha des 266 tracés normaux d'alcooliques. Bien qu'il s'agisse de tracés normaux, ne présentant pas d'anomalies caractérisées, on note une légère différence en faveur des fréquences 8 à 9, 9 et 9 à 10 c./s. chez les alcooliques.

Plus apparente est la différence mise en évidence dans la figure 4. Nous y comparons, toujours réduites en pourcentage, les différentes fréquences d'alpha chez un groupe pris au hasard de 1.548 tracés faits au Laboratoire d'électroencéphalographie du

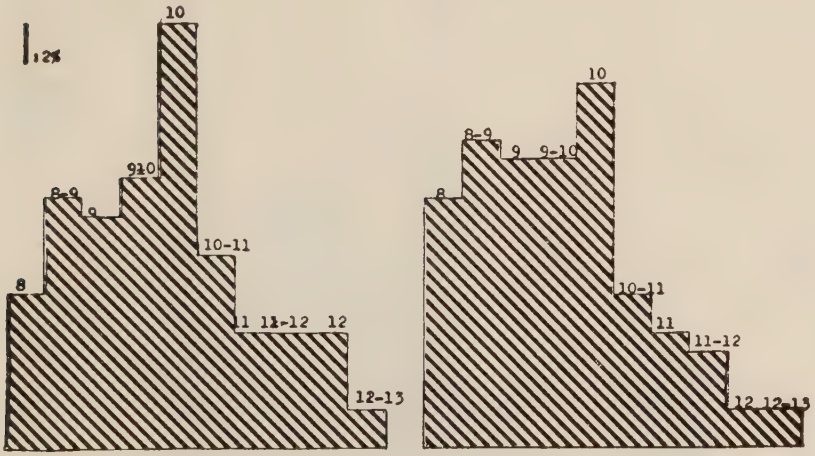

FIG. 4. — Pourcentage de la répartition de l'alpha chez 1.548 tracés pris au hasard au Centre psychiatrique Sainte-Anne (à gauche) et chez 808 alcooliques.

Centre psychiatrique Ste-Anne et celles de nos 808 tracés d'alcooliques contenant de l'alpha.

On remarque dans cette figure la prédominance des fréquences 8, 8-9, 9 et 9-10 c./s., qui représentent 59 % du total des fréquences d'alpha. A noter aussi la moindre importance de l'alpha à 10 c./s., qui est considéré par beaucoup comme la fréquence-type de ce rythme. Par contre, les fréquences plus rapides, entre 10 et 13 c./s., prédominent dans le groupe témoin.

Dans un 5e tableau, nous avons rassemblé (toujours calculée en pourcentage de fréquences) la répartition des différentes fréquences d'alpha dans trois groupes : ceux des groupes déjà étu-

diés et un groupe de 1.273 délinquants adultes ; nous avons fait appel pour cela à un travail antérieur (1).

La comparaison de ces trois figures nous permet de situer les alcooliques, du point de vue de la répartition des fréquences alpha, entre le groupe des malades de l'Hôpital Ste-Anne et le groupe des délinquants. On peut voir le pourcentage des fréquences à 8, 8 et 9 et 9 c./s. augmenter régulièrement, en pas-

Fig. 5. — Comparaison de la répartition des fréquences de l'alpha : dans 1.548 tracés pris au hasard (à gauche) ; dans 808 tracés d'alcooliques (au centre) ; dans 1.273 tracés de délinquants adultes (à droite).

sant des malades mentaux aux délinquants, avec une très grande importance de la fréquence 8 c./s. pour ces derniers. La fréquence 9 à 10 c./s. est à peu près comparable pour les malades

(1) Voir bibliographie, 28.

mentaux et les alcooliques, mais baisse nettement pour les délinquants. A partir de la fréquence 10 c./s. et jusqu'à 13 c./s. sans exception, on rencontre un pourcentage décroissant, inverse de celui précédemment décrit. Ainsi, sans vouloir trouver une fréquence caractéristique de l'alpha, qui serait liée à l'alcoolisme chronique, tout en sachant la complexité des facteurs entrant en ligne de compte, il ressort cependant que les *tracés des alcooliques ont une tendance à être caractérisés par les fréquences les plus basses de la bande alpha.*

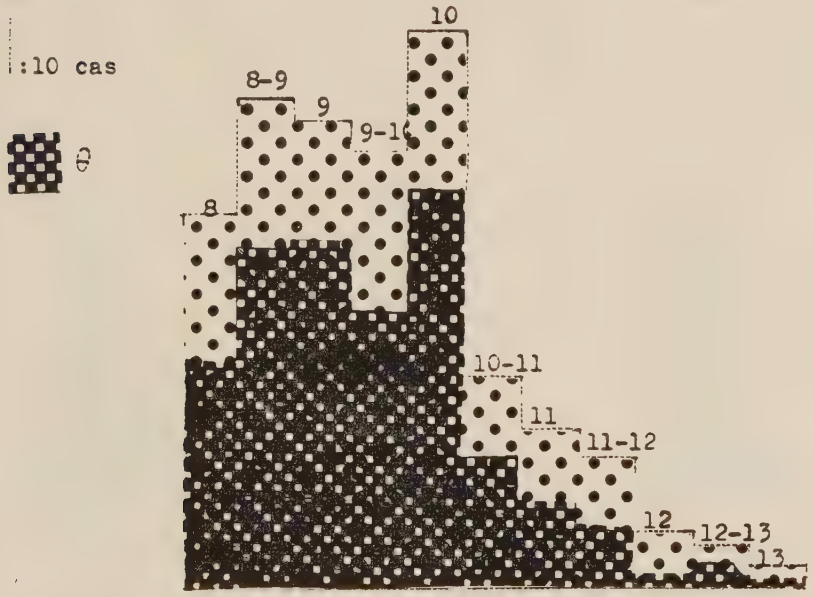

Fig. 6. — Proportion du rythme thêta (quadrillage sombre) dans les tracés altérés d'alcooliques

Nous avons pensé, étant donné l'abondance des éléments thêta, sur lesquels nous reviendrons plus loin, qu'il pouvait exister un rapport entre la présence ou l'abondance de ces rythmes et la fréquence de l'alpha.

Le tableau VI montre, par la répartition assez uniforme du rythme thêta, qu'il n'en est rien.

Quelle valeur doit-on attacher à ce déplacement vers les fréquences basses de la bande alpha ? Il faut être très prudent, en raison même de l'imperfection technique de nos enregistrements

et des causes d'erreur attachées à l'analyse visuelle. Il faut ajouter que nos alcooliques étaient tous internés et qu'il n'est pas impossible que les conditions mêmes de leur hospitalisation n'influent sur leur mode de vie, leurs réactions et par là-même sur une activité fondamentale de l'organisme : l'électrogénèse.

Il est difficile de conclure et nous n'avons voulu verser au débat qu'un matériel clinique, portant en lui une signification bien difficile à saisir en l'état actuel de nos connaissances. Le problème acquiert une grande complexité lorsque différents auteurs tentent de définir le type des altérations rencontrées. Le ralentissement des fréquences alpha, bien que ne constituant pas en elle-même une anomalie, représente une tendance qu'on ne peut négliger ; cet aspect est peu envisagé dans les différentes publications que nous avons lues. Little and Mc Avoy, en 1952, notent un ralentissement de l'alpha et une amplitude moins accusée des oscillations.

Il n'est pas sans intérêt de noter les modifications apportées à l'électroencéphalogramme par l'intoxication alcoolique aiguë. Engel et Rosenbaum, en 1945, notent que le développement de l'intoxication expérimentale chez des éthyliques chroniques est caractérisé par un ralentissement du rythme et un mélange d'activité rapide et lente de moyen voltage, une modification qui n'est pas rencontrée lors de l'intoxication aiguë des sujets normaux. Ils donnent des graphiques sur lesquels on peut suivre l'abaissement de la fréquence maxima de l'alpha qui passe de 11 c./s. à 9, puis 8 c./s. Par contre, en 1950, Gibbs, Gibbs et Lennox notent que, dans un premier stade de l'intoxication, on observe une diminution du voltage au rythme alpha et un accroissement de celui des rythmes rapides de 20 c./s.

Funkhauser et coll., en 1953, signalent aussi l'abondance et le haut voltage des rythmes rapides dans les tracés d'alcooliques. Ainsi, ralentissement du rythme de base, augmentation de l'amplitude des rythmes rapides, telles sont les deux caractéristiques principales qui ressortent des études antérieures.

Peu d'auteurs à notre connaissance ont signalé *l'abondance du rythme thêta chez les alcooliques*. Il semble que ce soit l'un des points principaux qui ressortent de notre étude.

J. Perrin, dans sa thèse, en note 9 cas sur 59, soit 15 %. Or, nous en rapportons 65 %. Quelle valeur y attacher et surtout quelle valeur attacher au rythme thêta dans un tracé ?

Cet auteur semble ne conférer au rythme thêta chez les alcooliques que la valeur d'un reflet d'immaturité et d'inadaptation

sociale. Il semble ainsi nier à l'alcool tout pouvoir toxique sur le fonctionnement cérébral. L'alcoolique devient un « prédisposé à boire ». Les altérations de sa personnalité et de son électroencéphalogramme sont antérieures à l'imprégnation.

Nous ne partageons pas entièrement cette conception. Notre étude, sans nous permettre de recueillir des anomalies électroencéphalographiques caractéristiques de l'alcoolisme, nous apporte un certain nombre de faits en faveur d'une action toxique de l'alcoolisme chronique sur l'électrogénèse cérébrale. A l'appui de cette idée vient la constatation suivante : le tracé d'un alcoolique de 45 ans est plus altéré que le tracé d'un alcoolique de 20 ans. Greenblatt et coll. confirment ces faits.

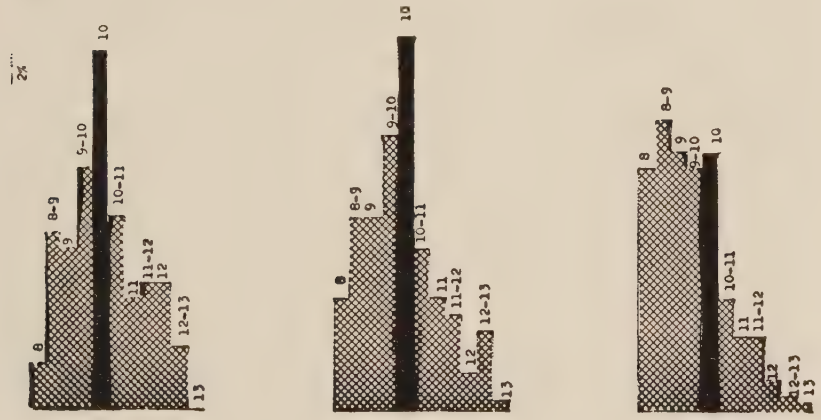

Fig. 7. — Pourcentage des fréquences de l'alpha chez les alcooliques : de moins de 30 ans (au centre) ; de plus de 40 ans (à droite) ; et comparaison avec un groupe de contrôle normal (à gauche).

Sur une série de 157 alcooliques, 24 % d'entre eux avaient un tracé perturbé, mais 48 % des malades ayant plus de 50 ans avaient un tracé perturbé.

Nous avons repris l'étude du pourcentage de la répartition de l'alpha, en tenant compte non plus de la normalité ou de l'anormalité des tracés, mais en nous basant sur l'âge des alcooliques enregistrés. Nous avons ainsi fait deux groupes : l'un d'alcooliques de moins de 30 ans, au nombre de 188, l'autre d'alcooliques de plus de 40 ans, au nombre de 414.

Dans la figure 7, la répartition des fréquences de l'alpha apparaît très différente entre le groupe des alcooliques de moins de

30 ans (au centre) et celui des alcooliques de plus de 40 ans (à droite). Chez ces derniers, l'alpha est considérablement ralenti, puisque 64 % des tracés ont une fréquence dominante inférieure à 10 c./s. On y remarque, en outre, l'importance des fréquences 8 et 8-9 c./s.

On constate, en outre, sur ce même tableau, que l'histogramme des fréquences de l'alpha chez les alcooliques jeunes est, non seulement différent de celui des alcooliques de plus de 40 ans, mais plus proche de celui des sujets normaux. Si l'on compare en effet l'histogramme des alcooliques ayant des tracés normaux avec celui d'un groupe de contrôle de 554 sujets normaux, des similitudes apparaissent entre les deux figures de gauche (normaux et alcooliques de moins de 30 ans). Il y a néanmoins des différences qui coïncident avec nos constatations précédentes : plus grande abondance des basses fréquences (surtout 8 c./s.) et moindre importance des fréquences rapides chez les alcooliques.

Il est difficile dans ces conditions de ne pas admettre que l'imprégnation alcoolique chronique a une action sur l'électrogénèse. Elle ne se manifeste pas par des altérations majeures ou caractéristiques. Nous n'avons pu en mettre en évidence au cours de cette étude. Certes, le rythme thêta est abondant, mais il n'est pas pathognomonique ; il ne semble pas être plus abondant chez les alcooliques jeunes que chez les vieux. De même, la sensibilité à la stimulation lumineuse intermittente ne subit pas de variations sensibles suivant l'âge, et l'on conçoit que les auteurs, n'envisageant que le point de vue morphologique, n'aient pas trouvé de parallélisme entre le degré de l'intoxication et l'importance des anomalies.

C'est seulement en considérant un très grand nombre de cas autorisant la classification en groupes de fréquences significatifs que l'on décèle l'action de l'intoxication alcoolique chronique sur l'électrogénèse.

Des diverses constatations précédentes, nous pouvons retenir l'abondance des tracés anormaux et, en ce qui concerne l'alpha lui-même, la prédominance des fréquences basses plus marquée sur les tracés ayant des altérations surajoutées et plus marquée aussi chez les sujets les plus âgés.

Cela nous montre, non seulement que l'alcool entraîne à la longue une « souffrance cérébrale » durable, mais encore que l'électroencéphalogramme permet d'en instituer le contrôle.

(*Travail de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale de la Faculté de Médecine de Paris*)

BIBLIOGRAPHIE

1. Albert (N.) et Browne-Mayers (N. Y.). — Differences in the percent alpha time between male and female alcoholics. Easteur Assoc. of Electroencephalographers and South. E.E.G. Soc., 1955. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, févr. 1956, *8*, 1, 158.

2. Cohn (R.). — Alcoholism in « Clinical Electroencephalography », 1949. Mc Grawhill Book Company inc., New-York, London, Toronto.

3. Courjon (J.) et Perrin (J.). — Intérêt du contrôle électro-encéphalographique des alcooliques chroniques. *Rev. Neurol.*, 1952, *86*, 2, 135-139.

4. Davies (P. A.), Gibbs (F. A.), Davies (H.), Jetter (W. W.) and Trowbridge (L. S.). — The effects of alcohol upon the E.E.G. *Quart. J. Stud. on Alcohol.*, 1941, 1, 626-637.

5. Engel (G.) et Rosenbaum (M.). — Electroencephalographic changes associated with acute alcoholic intoxication. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1945, 53, 1, 44-50.

6. Faure (J.) et Bannel (F.). — Sur l'électro-encéphalogramme de 12 alcooliques. *Ann. de Méd. Lég. et de Criminologie*, 1951, *31*, 3, 101-104.

7. Funkhouser (J. B.), Magler (B.) and Walke (N. D.). — The E.E.G. of Chronic Alcoholism. *South. Med. Journ.*, 1953, *46*, 5, 423-428.

8. Funderburk (W. H.). — Electroencephalographic studies in chronic alcoholism. *E.E.G. and Clin. Neurophysiol.*, 1949, *1*, 3, 369-370.

9. Gibbs (F. A.), Gibbs (E. L.) and Lennox (W. G.). — Effects on the E.E.G. of certain drugs, which influence nervous activity. *Arch. Int. Med.*, *60*, 154, juillet 1937.

10. Gallais (P.), Bert (J.) et Milletto (G.). — Les rythmes électro-encéphalographiques des Noirs d'Afrique. *Rev. Neurol.*, 1950, *83*, 6.

11. Gibbs (F. H.), Gibbs (E. L.) and Lennox (W. G.). — Electroencephalographic correlations of epileptics patients and control subjets. *Arch. of Neurol. and Psych.*, août 1943, *50*, 111-128.

12. Gedds (D.). — Preliminary report on the effect of drunking in 25 cases of epilepsy. *Am. Journ. of Psych.*, 1950, *106*, 10, 787.

13. Gounelle (H.) et Bachet (H.). — L'alcoolisme. *Traité de Médecine*, IV, Paris, 1948, Masson et Cie.

14. Greenblatt (M.), Levin (S.) et di Cori (E.). — The E.E.G. associated with chronic alcoholism, alcoholic psychosis and alcoholic convulsions. *Arch. of Neurol. and Psych.*, oct. 1944, *52*, 4, 290-295.

15. Holmberg (G.) and Martens (S.). — Electroencephalographic change in man correlated with blood alcohol concentration and some others conditions following standardized ingestion of alcohol. *Quart. Journal Stud. on Alcohol*, 1955, *16*, 411-424.

16. Jetter (W. W.). — Studies in alcohol. Diagnosis of acute alcoholic intoxication by correlation of clinical and chemical foundings. *Am. Journ. Med. Sc.*, 1935, *196*, 475.

17. Kalinowski (L. B.). — Convulsives in non epileptic patients on with drawal of barbiturates, alcohol. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1942, *48*, 6, 946-956.

18. Lennox (W. G.). — Alcohol and Epilepsy. *Quart. Journ. Stud. on Alcohol.*, 1941, 2, *1*, 11.

19. Little (S. C.) and Mc Avoy. — Electroencephalographic studies in alcoholism. *Quart. Journ. Stud. on Alcohol.*, 1952, *13*, 1, 9-15.

20. Loomis (A.), Harvey (E. N.) and Hobart (G.). — Electrical potentials of the humain brain. *J. Exper. Psychol.*, 1936, *19*, 239-249.

21. Mc Adam and Orme. — Personnalité et électro-encéphalogramme. *J. Ment Sc.*, oct. 1954, *100*, 421, 913-921.

22. Marinacci (A. H.). — The E.E.G. in forensic alcoholism. *Bull. Los Angeles Neurol. Soc.*, 1955, *20*, 177-188.

23. Martelli (G.) — Observations clinico-électro-encéphalographiques dans l'alcoolisme chronique. *Gior. Psichiat.*, 1955, *83*, 1, 97-129.

24. Mirsky (I. A.), Piker (P.), Rosenbaum (M.) and Lederer (H.). — Adaptation of the central nervous system to various concentrations of alcohol in the blood. *Quart. Journ. Stud. on Alcohol*, 1941, *2*, 35.

25. Neveu (P.), Derouet (E.) et L'Hermit (M.). — Délire aigu alcoolique à début convulsif traité par hibernation ; contrôle électro-encéphalographique. *Ann. méd.-psych.*, déc. 1954, *112* (2), 5, 732-737.

26. Perrin (J.). — Contribution à l'étude électro-encéphalographique des alcooliques psychiatriques. *Thèse*, Lyon, 1951.

27. Rondepierre (J.), Verdeaux (G.), Verdeaux (J.), Oulès (J.) et Oulès (S.). — Electro-encéphalographie et troubles mentaux. *Revue Neurologique*, 1950, *82*, 1, 45-49.

28. Verdeaux (G.) et Verdeaux (J.). — Etude électro-encéphalographique d'un groupe important de délinquants primaires et récidivistes au cours de leur détention. *Ann. méd.-psych.*, 1955, *113*, (2), 4, 643-658.

LA DELIMITATION DE LA PARANOIA ET DE LA PARAPHRENIE DE LA SCHIZOPHRENIE

PAR

le Prof. Dr. BILIKIEWICZ, W. SULESTROWSKI
et L. WDOWIAK

Dans un article sur l'étio-épigénèse, publié dans la *Revue mensuelle de Psychiatrie et de Neurologie* (vol. 115, n° 1-2, 1948), le premier de ces auteurs a exposé une conception nosographique se référant au phénomène de la structure composée des psychoses. La composition de la structure des psychoses est d'une importance toute spéciale pour la systématisation des psychoses schizophréniques. Il n'est plus douteux à présent que ce n'est que le processus schizophrénique chronique qui est une entité nosologique ; que ce n'est que lui qui mérite le terme de « schizophrénie vraie » et qui doit être considéré comme une psychose hypothétiquement organique, vu son déroulement irréparable et incurable. Il ne réagit point au traitement moderne et, en sa forme pure, il est identique à la schizophrénie simple. Quant à la structure des autres psychoses schizophréniques chroniques, on peut en isoler deux éléments : 1) le processus schizophrénique chronique et spécifique d'une étiologie inconnue, sans doute homogène, et 2) les syndromes psychotiques fonctionnels, guérissables, « greffés », « sur-ajoutés », « sur-stratifiés », qui peuvent être réduits à trois : syndromes paranoïde, catatonique et hébéphrénique.

Au point de vue historique, ces syndromes n'étaient pas toujours rattachés à la notion de la schizophrénie ; ils étaient considérés assez longtemps comme des psychoses particulières. La réunion ou la liaison de ces psychoses à la schizophrénie simple (« dementia præcox » de Kræpelin), faite jadis par Eugène Bleu-

ler, était-elle juste et cette conception doit-elle être considérée comme un dogme ?

Une suggestion bien forte se dégage de ce terme commun de « psychoses schizophréniques » (« Gruppe der Schizophrenien » de Bleuler), et, peut-être, pas tous les psychiatres en ont pris conscience. Souvent, les psychiatres, et de tous les pays, sont portés inconsciemment à considérer comme psychoses schizophréniques les psychoses « schizophrénoïdes » (« schizophrenieähnliche Psychosen » selon les auteurs allemands), lesquelles peuvent se développer sur des bases étiologiques hétérogènes et de diverses espèces. En réalité, un syndrome catatonique, qui paraît au cours d'une paralysie générale, est non seulement semblable ou analogue, mais identique au syndrome catatonique, résultant du fond de la schizophrénie « vraie », chronique. En aucun cas et d'aucune façon, nous ne pouvons, cependant, identifier ou mettre en affinité un syndrome catatonique au cours de la paralysie générale avec cette base spécifique et chronique qu'on nomme « schizophrénie vraie ». Et pourtant, bien souvent, les praticiens de tous les pays ne font pas de distinction à ce sujet, se laissant suggérer par le terme de « psychoses schizophréniques ».

Quant à la systématisation étio-épigénétique, nous avons placé ce processus psychotique chronique et spécifique de la schizophrénie vraie, à couche ou strate organique, parmi tous les autres processus organiques qui se déroulent dans le tissu cérébral. La schizophrénie paranoïde, catatonique et hébéphrénique est considérée comme une psychose composée du processus spécifique chronique, identique à la notion de la schizophrénie simple, et d'un des syndromes psychotiques fonctionnels « greffés », « super-posés ». Ces syndromes définissent la forme clinique d'un cas de schizophrénie. Ainsi, nous avons la schizophrénie paranoïde, qui est une schizophrénie simple, compliquée d'un syndrome paranoïde ; la schizophrénie catatonique, qui est une schizophrénie simple, compliquée d'un syndrome catatonique ; la schizophrénie hébéphrénique enfin, qui est une schizophrénie simple, compliquée d'un syndrome hébéphrénique. Cependant, sur la base spécifique de la schizophrénie simple, peuvent se développer des syndromes psychotiques hétérogènes, qui n'appartiennent pas au cercle traditionnel de schizophrénie. Ils sont bien connus et maintes fois décrits : par exemple, les syndromes paranoïaques, les états maniaques et dépressifs, etc..., chez les sujets schizophréniques. Nous considérons comme spécifique ou

homogène une complication de la schizophrénie par le syndrome paranoïde, catatonique ou hébéphrénique, en ce sens qu'il existe quelque affinité entre ces trois syndromes psychotiques et la schizophrénie vraie. Nous pouvons observer une affinité analogue entre les états crépusculaires et la base de l'épilepsie cryptogène, ou entre des états maniaques ou dépressifs et la base chronique de la cyclophrénie. Mais ces psychoses peuvent, selon nos observations, apparaître sur une base étiologique non-spécifique.

La thérapeutique psychiatrique moderne a beaucoup contribué à délimiter la schizophrénie chronique, hypothétiquement organique, des psychoses « greffées », « super-posées ». Une expérience considérable des psychiatres de tous les pays nous permet de constater que le traitement de choc, aussi bien que les remèdes neuroplégiques, agissent seulement et exclusivement contre les syndromes psychotiques « greffés ». C'est un argument en faveur de leur caractère fonctionnel. Cependant, on ne peut guérir jusqu'à présent le fond schizophrénique chronique.

Si l'on peut trouver dans la littérature spéciale des articles qui traitent d'une prétendue guérison d'un cas de schizophrénie simple ou des déficits (« defectus schizophrenici ») schizophréniques chroniques, il faut considérer de telles communications comme résultantes d'un manque d'uniformité du diagnostic et de la terminologie psychiatrique, ou bien comme résultantes d'une erreur du diagnostic. Il nous faut reconnaître notre impuissance thérapeutique quant à la schizophrénie chronique ou vraie, laquelle est basée, sans doute, sur un processus organique.

Dans l'article intitulé « Les résultats du traitement de la paranoïa et de la paraphrénie par le largactil » (*Annales médico-psychologiques,* 115e année, tome I, janvier 1957), nous avons attiré l'attention sur un fait clinique, à savoir que la paranoïa et la paraphrénie (paranoïa hallucinatoire) réagissent au traitement par le largactil d'une manière vraiment extraordinaire et parfaite. Au contraire, les psychoses schizophréniques traitées par ce remède laissent toujours des déficits (« defectus schizophrenici ») chroniques. En traitant par le largactil les cas de paranoïa et de paraphrénie, on peut obtenir la guérison symptomatique. Cependant, cet état de santé psychique exige l'usage systématique et prolongé de doses de support du largactil. Cela nous permet de tirer certaines conclusions quant à la nature de ces psychoses. Tous les cas de ces psychoses, il faut les diviser en deux groupes : ceux qui réagissent favorablement au traitement par le largactil et ceux qui y résistent. L'examen de ces groupes nous

permet de constater que les cas qui résistent au traitement par le largactil sont exclusivement basés sur des facteurs réactifs qui ont déclenché la psychose. On ne peut « guérir » les conflits vitaux d'un paranoïaque par des remèdes pharmacologiques. Il faut employer des méthodes psycho-thérapeutiques, ou bien trouver une solution des difficultés vitales. Cependant, l'examen des cas guéris par le largactil ne laisse plus de doute que ces psychoses résultent d'un fond endogène ; néanmoins, on ne saurait en déduire que les facteurs réactifs ne jouent aucun rôle, mais leur rôle dans des cas pareils a un caractère secondaire. La comparaison des cas de schizophrénie traités par le largactil aux cas de paranoïa et de paraphrénie ainsi traités indique quelques différences et quelques analogies. Il y a une différence essentielle entre la schizophrénie vraie et les syndromes schizophrénoïdes d'une étiologie non-schizophrénique. La schizophrénie vraie laisse toujours des états défectifs (« defectus schizophrenici »), tandis que les syndromes schizophrénoïdes d'une étiologie différente (non-schizophrénique) peuvent être complètement guéris. Ces états défectifs sont identiques aux symptômes axiaux de la schizophrénie, bien qu'ils ne soient qu'indiqués. Ces symptômes sont les suivants : la destructuration de la personnalité et les changements de l'affectivité. Après la disparition des éléments fonctionnels du tableau clinique, persistent notamment les symptômes suivants : autisme, déréisme, dissociation, parathymie, paramimie, bizarrerie, raideur et ambivalence de la vie affective, atrophie de l'activité, de l'énergie vitale et de l'affectivité supérieure, continuité de la dégradation sociale, etc... Les cas de paranoïa et paraphrénie guéris par le largactil ne laissent point de symptômes cités ci-dessus.

L'analogie entre ces deux groupes s'exprime par le fait clinique bien connu : la permanence du succès obtenu par le largactil exige l'emploi systématique et prolongé de doses de support. L'interruption non justifiée du traitement conduit presque toujours aux rechutes. Cela s'applique aussi bien aux psychoses schizophréniques, traitées par le largactil, qu'à la paranoïa et la paraphrénie, traitées par le même remède. Il en résulte qu'il existe au fond des psychoses schizophréniques, aussi bien qu'au fond des psychoses paranoïaques et paraphréniques, un certain processus chronique qui est la condition de cette tendance aux rechutes. C'est pourquoi les auteurs français emploient plutôt le terme « suspendre » pour définir l'action du largactil sur les psychoses. En conséquence, la guérison d'une psychose doit être considérée comme une guérison relative, même si l'on ne peut

constater aucun déficit symptomatique de la psychose passée. L'état sans symptômes, quand la psychose paranoïaque ou paraphrénique sont guéries, peut être comparé à l'état sans symptômes du stade de rémission au cours de la psychose maniaque-dépressive. Aussi, en cas de cette psychose, bien que le sujet soit pratiquement bien portant, après que la phase maniaque ou dépressive disparaissent, on ne peut constater la « guérison », si le sujet est menacé de rechute. C'est pourquoi on admet aussi à l'égard de la cyclophrénie l'existence d'un processus chronique, jusqu'à maintenant inconnu, qui est la cause de la tendance d'un cyclophrénique aux rechutes. Dans le cas de cyclophrénie, aussi bien que dans ceux de paranoïa et de paraphrénie, les symptômes psychotiques peuvent être au stade d'une rémission spontanée, ou bien sous l'influence du traitement.

Nous devons laisser aux investigations biochimiques, neurohisto - pathologiques, endocrinologiques, patho - physiologiques, etc... de l'avenir, le soin de déterminer la nature de ce fond, de cette base chronique de schizophrénie, de cyclophrénie, de paranoïa et de paraphrénie. Au stade présent, les recherches scientifiques ont constaté uniquement le fait clinique de l'existence de ce fond, qui a un caractère endogène, chronique, qui résiste aux méthodes contemporaines de traitement, et enfin qui constitue la condition d'une récidive de la psychose, si le malade cesse de prendre des doses de support du largactil, ou bien s'il se trouve sous l'influence des facteurs qui peuvent causer une réaction psychotique. Nous savons encore davantage sur ce fond chronique. Quels que soient les facteurs, qui peuvent causer une psychose, c'est la base chronique qui décide de l'essentiel de la spécificité et de l'espèce de la psychose. C'est ainsi qu'aux diverses causes, un paranoïaque réagit le plus souvent par un retour des symptômes paranoïaques, un cyclophrénique par une réaction maniaque ou dépressive (la cause qui détermine l'espèce de la phase cyclophrénique n'est pas encore connue), un paraphrénique par une psychose paraphrénique, un schizophrénique par une psychose catatonique, paranoïde ou hébéphrénique. Il faut insister sur l'expression « le plus souvent », car on observe quelquefois des réactions hétérogènes. Tout de même, malgré que nous ne saurions définir encore la nature de ce fond chronique de l'une ou de l'autre des psychoses mentionnées, nous en savons beaucoup grâce à nos observations cliniques. Les méthodes thérapeutiques modernes et les effets cliniques que nous avions obtenus le prouvent nettement.

La différenciation insuffisante qu'on fait entre le processus

schizophrénique chronique d'une part, et les syndromes psychotiques en principe fonctionnels, réversibles, rangés dans le cercle schizophrénique, d'autre part, cause souvent de graves erreurs de déduction dans les conclusions théoriques et scientifiques. Pour illustrer ce fait, qu'il nous soit permis de faire quelques réflexions et considérations sur l'étiologie de la schizophrénie. L'étiologie du processus schizophrénique chronique est jusqu'à présent inconnue. Plus il y a d'hypothèses sur ce sujet, plus la vérité est obscure. Or, on a rangé, à tort, dans la même suite de classification les quatre formes de la schizophrénie (simple, hébéphrénique, catatonique et paranoïde), sans faire la distinction essentielle entre la schizophrénie simple, qui est un processus chronique, irréversible, hypothétiquement organique, et les trois espèces de psychoses fonctionnelles (syndromes paranoïde, catatonique et hébéphrénique). La tentation qu'on éprouve d'expliquer l'étiologie du processus chronique, en indiquant l'étiologie déjà connue des psychoses dites « schizophrénoïdes », est la conséquence logique de cette erreur initiale. Ces psychoses, on les observe à l'ordinaire au cours de divers processus, qui endommagent directement ou indirectement le cerveau. C'est ainsi qu'on connaît des psychoses schizophrénoïdes au cours des encéphalites et d'autres processus organiques cérébraux, après les lésions traumatiques du cerveau, mais aussi au cours de diverses intoxications et infections générales, qui peuvent troubler directement ou indirectement les fonctions cérébrales. Ces psychoses sont-elles considérées à juste titre comme étant des psychoses « schizophrénoïdes », donc semblables ou analogues (« schizophrenieähnlich ») à la schizophrénie chronique ? Ont-elles quelque analogie avec la schizophrénie vraie, qui est un processus cérébral chronique, spécifique, endogène ? Nous savons que ce n'est pas exact. Les psychoses schizophrénoïdes ressemblent uniquement aux mêmes psychoses fonctionnelles et réversibles que nous rencontrons souvent au cours de la schizophrénie vraie : psychoses paranoïde, hébéphrénique et catatonique.

C'est la nomenclature suggestive psychiatrique qui est devenue la cause de la confusion de ces notions. Puisqu'on voit le plus souvent apparaître ces psychoses au cours de la schizophrénie, on les a appelées « schizophréniques ou schizophrénoïdes », et ce terme a causé l'unification du classement et même l'identification de ces psychoses à la schizophrénie. En réalité, il n'existe qu'une seule identité nosographique, celle de psychoses schizophrénoïdes et de psychoses fonctionnelles dites schizophréniques.

Or, les investigations sur l'étiologie des psychoses schizophré-

noïdes ne peuvent expliquer d'aucune manière l'étiologie de la schizophrénie vraie, chronique, car l'analogie n'est pas identité. S'il s'agit de ce cas, on ne peut même pas trouver d'analogie clinique, si l'on considère que la schizophrénie est une psychose chronique, irréversible, à pronostic défavorable (selon la thérapie psychiatrique d'aujourd'hui), tandis que les syndromes psychotiques « greffés » ou « sur-stratifiés » réagissent assez bien au traitement moderne.

D'ailleurs, il est souvent très difficile de déterminer la causalité qui existe entre la base organique et le syndrome psychotique greffé ; cette difficulté devient maintes fois une source de malentendus. Dans la littérature, nous trouvons pas mal de communications où l'on prétend avoir trouvé l'étiologie de la schizophrénie en indiquant, par exemple, le rhumatisme. La présence des troubles rhumatiques chez un sujet schizophrénique n'est aucune preuve que le rhumatisme soit un facteur étiologique de la schizophrénie vraie, chronique. Cependant, on peut observer des psychoses schizophrénoïdes au cours d'une encéphalite rhumatique. Nous avons la même opinion sur les communications dans lesquelles divers auteurs prétendent avoir trouvé l'étiologie de la schizophrénie en décrivant les psychoses schizophrénoïdes au cours de diverses infections, intoxications, états post-traumatiques, etc...

Le rapport qui existe entre les psychoses schizophrénoïdes causées par divers facteurs étiologiques non-spécifiques et la schizophrénie vraie peut être comparé à celui qui existe entre un paroxysme convulsif épisodique au cours d'une éclampsie, ou un paroxysme causé par l'injection intraveineuse du cardiazol, et l'épilepsie cryptogène.

Nous pouvons dire de même, *mutatis mutandis,* du fond endogène de la paranoïa et de la paraphrénie. Le fond endogène chronique, analogue au processus chronique de la schizophrénie vraie, peut être considéré comme tel uniquement dans les cas qui, jusqu'à la découverte du largactil, restaient inguérissables. Sous l'influence du largactil, ce n'est que l'élément fonctionnel de la structure psychotique qui disparaît. On ne peut, cependant, éliminer à l'aide des remèdes modernes ce fond-là, générateur du cours chronique et de la tendance aux rechutes. Il y a tout de même des syndromes paranoïaques qui ont leur source dans un fond hétérogène. Il suffit de mentionner, par exemple, l'alcoolisme chronique, qui peut servir de base au délire systématisé de jalousie alcoolique (« paranoïa invidiva potatorum »). Il y a

aussi divers syndromes paranoïaques au cours de la schizophrénie simple. Nous pouvons citer aussi des cas, si fréquents, de réactions paranoïaques, qui s'expliquent du point de vue de conflits vitaux, mais qui sont privées de base endogène. Le largactil n'est pas efficace lorsqu'il s'agit du traitement des réactions ou des syndromes paranoïaques, et son efficacité est relative quant au traitement des syndromes paranoïaques au cours de la schizophrénie simple (par exemple, syndrome paranoïaque hypocondriaque greffé sur la schizophrénie simple). Par contre, le largactil est un remède irremplaçable et parfait pour le traitement des cas du délire (paranoïa) endogène, dont le prototype est le délire persécutif chronique (« paranoïa persecutoria ») et le délire sensitif (« paranoïa sensitiva », « der sensitive Beziehungswahn » de Kretschmer). Dans les psychoses paranoïaques et paraphréniques, comme dans les psychoses dites « schizophréniques », la nomenclature psychiatrique, qui s'appuie sur une considération trop superficielle de l'analogie nosographique, exerce une influence bien négative s'il s'agit de compréhension et de la notion même de la structure des psychoses.

En cas de paranoïa, nous sommes obligés d'accepter l'existence d'une base chronique, endogène, spécifique, qui conditionne le cours chronique et la tendance aux rechutes. Sur cette base, nous observons une psychose sur-ajoutée, sur-posée, greffée sous forme de syndrome paranoïaque. Une psychose analogue, ressemblante au point de vue nosographique, sur-ajoutée ou greffée, peut aussi provenir d'une base non-spécifique ou bien de l'influence réactive des conflits vitaux et sociaux. Ce serait commettre une erreur logique que d'identifier — en ne s'appuyant que sur la ressemblance nosographique — ces diverses réactions paranoïaques avec le processus chronique, dont la nature n'est pas encore connue, mais qui constitue la condition du cours chronique de la paranoïa vraie ou de la tendance aux rechutes en cas d'interruption de l'emploi du largactil.

Il faut faire une pareille distinction, en se basant sur l'expérience clinique, entre la paraphrénie chronique (paranoïa hallucinatoire) et les psychoses du type paraphrénique, qui peuvent être causées par divers facteurs étiologiques. La première semble un processus chronique et endogène, inguérissable jusqu'à l'introduction du traitement par le largactil, tandis que les psychoses « paraphrénoïdes » ont un cours aigu ou subaigu et doivent être traitées comme une complication psychotique de diver-

ses infections et intoxications. Elles apparaissent aussi au cours des troubles circulatoires et d'autres processus cérébraux. On peut citer ici l'hallucinose aiguë alcoolique (« hallucinosis acuta potatorum »), qui peut être considérée comme un syndrome paraphrénoïde au cours de l'alcoolisme chronique. Parmi ces syndromes paraphrénoïdes, nous pouvons aussi ranger les diverses hallucinoses chroniques ou subaiguës, qui se développent sur une base inexpliquée ou inconnue. Ces psychoses paraphrénoïdes disparaissent plus ou moins facilement, si l'on élimine le fond morbide hétérogène, ou bien sous l'influence du largactil. La guérison est pour la plupart durable, même si le malade interrompt les doses de support du largactil. Tout au contraire, la paraphrénie chronique, endogène, soi-disant « vraie », garde la tendance aux rechutes causées par l'interruption des doses de support du largactil.

Ces considérations nous permettent d'espérer qu'il est possible de trouver une conception étio-épigénétique de la structure des psychoses et de faire une délimitation plus nette et plus subtile des psychoses fonctionnelles, symptomatiques d'une part, et des psychoses endogènes, chroniques et hypothétiquement organiques d'autre part. Elles nous permettent aussi de comprendre les causes de la variété phénoménologique des tableaux cliniques. La systématisation étio-épigénétique nous donne le fondement d'un pronostic plus sûr, fondement sur lequel les succès de la thérapeutique psychiatrique moderne ont exercé une influence profonde.

[*Clinique des Maladies psychiques*
de l'Académie de Médecine de Gdansk (*Pologne*)
Directeur : Prof. dr. méd. et phil. Tadeusz Bilikiewicz]

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance unique du 8 juillet 1957

Présidence : M. A. BOREL, président

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Election de quatre membres correspondants nationaux

Après audition d'un rapport de M. SIVADON, au nom d'une Commission composée de MM. DUBLINEAU, RONDEPIERRE et SIVADON, rapporteur, Mme le Dr Hélène CHAIGNEAU est élu *membre correspondant national* par 13 voix sur 13 votants.

Après audition d'un rapport de M. HEUYER, au nom d'une Commission composée de MM. PORC'HER, SIVADON et HEUYER, rapporteur, M. le Dr MISÈS est élu *membre correspondant national* par 13 voix sur 13 votants.

Après audition d'un rapport de M. MARTIMOR, au nom d'une Commission composée de MM. P. ABÉLY, MONTASSUT et MARTIMOR, rapporteur, M. le Dr Claude LEROY est élu *membre correspondant national* par 13 voix sur 13 votants.

Après audition d'un rapport de M. HAMON, au nom d'une Commission composée de MM. FRIBOURG-BLANC, P. ABÉLY et HAMON, rapporteur, M. le Dr MISSENARD est élu *membre correspondant national* par 12 voix sur 13 votants.

Conclusions de la Commission nommée par la Société médico-psychologique dans sa séance du 27 mai 1957, à la suite de la communication de M. Claude Veil (note sur la gravité et l'urgence en psychiatrie de dispensaires).

Cette Commission était composée de MM. X. ABÉLY, CÉNAC, SIVADON et TARGOWLA.

Ces conclusions aboutirent aux vœux suivants, unanimement approuvés et adoptés par l'ensemble des membres présents :

1° considérant que les maladies mentales sont souvent aggravées dans des proportions considérables par des circonstances contingentes, telles que les difficultés de logement ou de travail,

exprime le vœu que soient développées et encouragées les institutions d'assistance extra-hospitalière : foyers de pré-cures et de post-cures, centres de réentraînement à l'effort et de formation professionnelle, etc... ;

2° considérant que de nombreux malades mentaux, reconnus ou non comme tels, sont exclus du bénéfice des lois sociales en raison de leur incapacité pathologique à accomplir correctement et dans les délais de rigueur les démarches nécessaires,

exprime le vœu que le ministre du travail et de la sécurité sociale étudie une procédure spéciale d'expertise psychiatrique pour trancher les litiges administratifs issus d'une négligence du malade à faire valoir ses droits ;

3° considérant que de nombreux malades mentaux, reconnus ou non comme tels, sont exposés à perdre leur emploi et voient brisée leur carrière, soit en vertu d'une mesure disciplinaire, soit parce qu'ils ont donné d'eux-mêmes leur démission et se trouvent de ce fait déchus de leurs droits aux soins, à l'indemnisation et à la réintégration,

attire sur ce problème l'attention des médecins du travail, des médecins du contrôle et des comités médicaux des entreprises et administrations publiques et privées,

et exprime le vœu que les statuts du personnel soient interprétés dans de tels cas d'une façon particulièrement libérale et compréhensive.

Ces vœux seront transmis au ministère du travail et de la sécurité sociale ainsi qu'au secrétariat d'Etat à la santé publique.

COMMUNICATIONS

Le rôle diagnostique du contenu et du style des dessins d'enfants, par Mme Irène Jakab (de Pecs, Hongrie

Les sujets librement choisis par les enfants constituent un domaine assez restreint des sujets représentés dans l'Art. Le sujet des dessins dépend en premier lieu des connaissances de l'enfant et de l'intensité affective des émotions qui ont accompagné les événements vécus, qui le préoccupent. Le degré de l'intelligence influence fortement le choix des sujets des dessins, fait qu'on peut bien comprendre en considérant que l'enfant d'une intelligence moins développée possède un nombre plus restreint d'idées et surtout qu'il est incapable d'apercevoir les rapports des différentes actions. Par conséquent, ses sujets sont peu variés et la représentation des scènes dynamiques est plus rare que celle des objets ou personnes sans action. Plus l'intensité affective des émotions qui accompagnent un événement vécu est grande, plus il est vraisemblable que la représentation de cet événement apparaît parmi les sujets des dessins spontanés. Le sujet des dessins est quelquefois

l'expression symbolique des complexes refoulés. Dans les dessins des enfants névrotiques, nous trouvons une symbolique très précieuse du point de vue diagnostique.

Voici quelques exemples. Nous avons consulté six élèves de la 4e classe d'une école primaire, où les instituteurs ont observé une vraie épidémie d'onanisme parmi ces garçons. Nous avons proposé à ces enfants de faire un dessin au sujet libre et, dans cinq cas sur six, le sujet du dessin fut un symbole phallique : l'un a dessiné un grand

Fig. 1. — Garçon âgé de 10 ans. Onanie

fruit qu'il nous a présenté par les mots suivants : « C'est une citrouille (1) et ici c'est sa tige » (fig. 1). Un autre a présenté par son dessin une scène d'incendie (fig. 2), où la figure principale — un pompier — éteint le feu par un jet d'eau au moyen d'un tube de caoutchouc qu'il tient entre ses cuisses. L'enfant a déclaré que, dans l'avenir, il désire choisir le métier de pompier.

(1) En hongrois, citrouille = tök, mot qui signifie aussi, dans le langage vulgaire, testicule.

Les enfants souffrant d'énurésie nocturne ont représenté de « l'eau » presque sans exception dans leurs dessins. Un fleuve, un ruisseau, un lac, etc., dans des petits paysages. Une jeune fille, à laquelle au cours de la thérapie antérieure on imposa une réduction de la portion d'eau consommée pendant la journée, a dessiné un grand verre d'eau. Nous n'avons que deux dessins représentant « la nuit » parmi les 1.485 exemplaires de nos collections, et ces deux dessins furent exécutés par des énurétiques. L'un représente une maison aux fenêtres illuminées pendant la nuit. L'autre montre une petite scène qui représente, selon l'explication donnée par l'enfant au sujet de ce dessin, la jeune fille elle-même et sa sœur énurétique elle aussi, assises à la table, par punition, à 2 h. 1/2 après minuit.

Fig. 2. — Garçon âgé de 10 ans. Onanie

Nous avons observé que ces dessins de caractère symbolique ne sont pas toujours les premiers exemplaires que nous recevons de la part des enfants souffrant de complexes refoulés. Probablement, par une certaine inclinaison à la dissimulation, à la première demande, ils prennent leur sujet souvent de quelque objet voisin de l'entourage (un encrier, un dossier, un vase, etc...), ou bien ils répètent un des sujets dessinés auparavant à l'école. Les dessins symboliques n'apparaissent alors que si, après les dessins « de dissimulation », nous demandons à l'enfant de dessiner maintenant quelque chose de tout à fait original au sujet inventé par lui-même.

Le choix du sujet des dessins d'enfants est souvent influencé par

l'ambiance. La façon la plus simple de cette influence s'observe chez les enfants les moins indépendants qui, à l'école, copient le dessin de leur voisin et qui, à notre consultation, répètent les sujets dessinés à l'école. D'autres représentent les personnages ou les scènes de leurs lectures ou des films vus récemment. Les enfants intellectuellement plus indépendants représentent les événements vécus par eux-mêmes. Ainsi, Bender note que pendant les guerres les enfants dessinent des scènes de bataille, et par exemple sur les bateaux, si souvent dessinés, apparaissent des canons en feu.

Pour étudier leur sujet et leur style, nous avons assemblé, d'une part des collections de dessins d'enfants normaux, d'autre part ceux des oligophrènes, élèves des écoles médico-pédagogiques, âgés de 6 à 14 ans.

Nous avons étudié ainsi les dessins au sujet libre de 1.485 enfants, parmi lesquels 1.034 (65,8 %) furent élèves des écoles primaires à huit classes dites écoles générales, et 451 (34,2 %) ont reçu une éducation médico-pédagogique. Pour assurer l'exclusion des facteurs des influences d'une certaine ambiance urbaine, nous avons assemblé en ce matériel les dessins des enfants de la capitale (Budapest), 496 cas ; les dessins des enfants de Pécs (ville de 80.000 habitants environ), 931 cas; et les dessins d'une école d'un petit village (500 habitants environ), 58 cas. Nous avons reçu 18,7 % des dessins de Budapest d'une école médico-pédagogique et 37,8 % des dessins de Pécs de l'école médico-pédagogique de cette ville (1) (I[er] tableau).

I[er] TABLEAU

Répartition du matériel selon l'origine des dessins

	NOMBRE ENTIER	NORMAUX	PATHOLOGIQUES (OLIGOPHR.)
	1.485	1.034	451
Capitale (Budapest)	496	403	93
Une ville Pécs	931	573	358
Un village (Bicsérd)	58	58	—

(1) Nous remercions ici MM. les Directeurs de ces écoles pour l'amabilité d'avoir fait dessiner, conformément à notre demande, à leurs élèves des œuvres au sujet libre.

II[e] TABLEAU

Répartition des dessins normaux et oligophrènes selon leurs sujets

	NORMAUX	PATHOLOGIQUES
Objet solitaire	21,08 %	3,8 %
Scène vécue	17,89 %	8,45 %
Scène imaginée	4,83 %	3,99 %
Nature morte. Groupe d'objets sans action	34,53 %	56,47 %
Figures de contes de fées	1,16 %	0,89 %
Armes et scènes de bataille	16,64 %	16,2 %
Idées abstraites	—	—
Les saisons	3,87 %	10,2 %
Nombre entier	100 %	100 %

Nous avons fait la comparaison des dessins des cas pathologiques aux œuvres des enfants normaux selon leur sujet (II[e] tableau). Les recherches nous ont fourni les renseignements suivants.

Les enfants normaux ont dessiné un plus grand nombre (21,08 %) d'objets solitaires (corps géométrique, meuble, vase, etc...) que les oligophrènes (3,8 %). Nous trouvons aussi un plus grand nombre de scènes dynamiques parmi les dessins des enfants normaux que dans les cas pathologiques. Les actions représentent, d'une part des événements vécus par eux-mêmes (en 17,89 % chez les normaux et en 8,43 % chez les oligophrènes). Les actions imaginaires sont représentées en 4,8 % des dessins normaux et en 3,99 % de ceux des oligophrènes. La représentation de la nature morte (objets disséminés, paysages) est beaucoup plus fréquente dans les cas pathologiques (56 %) que chez les normaux (34,53 %). On retrouve des figures, des contes de fées en 1,16 % chez les normaux et seulement en 0,89 % chez les oligophrènes, qui ont certainement des idées moins claires et moins plastiques sur les héros de ces contes de fées. Dans tout notre matériel, nous n'avons trouvé aucun dessin de caractère allégorique représentant des idées morales par des objets concrets de la façon dont ces idées sont représentées dans l'Art. Les enfants s'approchent de la réalisation des idées abstraites dans la représentation des saisons, que nous trouvons en 3,87 % parmi les œuvres des normaux et

III[e] TABLEAU. — *Répartition du matériel selon l'origine et le sujet des dessins*

	Capitale (Budapest)		Une ville (Pécs)		Un village (Bicsérd)	Nombre entier
	Norm.	Pathol.	Norm.	Pathol.	Norm.	
Objet solitaire	37,46 %	5,38 %	9,94 %	3.35 %	17,25 %	15,82 %
Scène vécue	13.65 %	6,45 %	21,98 %	8,95 %	6,89 %	15,01 %
Scène imaginée	7,17 %	2,15 %	2,62 %	4,46 %	10,25 %	4,57 %
Nature morte : Groupe d'objets sans action	27,8 %	41,93 %	38,05 %	60,34 %	46,55 %	41,25 %
Figures des contes de fées	0,75 %		1,39 %	1,1 %	1,73 %	1,16 %
Armes et scènes de bataille	12,40 %	17,21 %	20,25 %	15,92 %	—	16,49 %
Idées abstraites	—	—	—	—	—	—
Les saisons	0,75 %	26,88 %	5,77 %	5,87 %	6,89 %	5,74 %
Nombre entier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

en 10,2 % parmi ceux des élèves des écoles médico-pédagogiques. Mais cette idée de représenter les saisons n'est pas tout à fait spontanée parce que ce sujet est dessiné aux écoles souvent à l'ordre du maître de dessin. Surtout les élèves de l'école médico-pédagogique — selon notre programme d'enseignement — sont exercés à dessiner ce sujet. Dans ces dessins, les enfants ne représentent jamais les saisons par une seule figure symbolique mais bien plutôt par des scènes caractéristiques pour la saison choisie (bain en air libre, excursion, jeu aux boules de neige, etc...). L'antagonisme de l'hiver et de l'été est bien aperçu par l'enfant. Le sujet des saisons est d'habitude épuisé pour eux par ces deux saisons. Le printemps et l'automne, n'ayant pas des notes caractéristiques, sont d'habitude fusionnés dans l'idée de l'été. Cette façon de penser explique donc la fréquence relative de la représentation de l'été et de l'hiver parmi les saisons. 16,64 % des dessins d'élèves de l'école médico-pédagogique et 16,2 % de ceux des écoliers normaux représentent des armes et des scènes de bataille. Nous avons un nombre très restreint de dessins ornementaux, contrairement aux observations de Queiroz, qui affirme la fréquence des motifs ornementaux dans les dessins d'enfants.

Sur le troisième tableau (III[e] tableau), nous avons mis en évidence la répartition des dessins normaux et pathologiques selon leur sujet et en marquant séparément l'ambiance d'après le domicile des enfants. Nous voyons qne les mêmes thèmes se retrouvent dans une fréquence pareille chez les élèves normaux des écoles de la capitale, de Pécs et du village. Aussi, la répartition des sujets des dessins d'élèves de l'école médico-pédagogique de Budapest correspond à la répartition des sujets des dessins de l'école médico-pédagogique de Pécs, le pourcentage de la fréquence de chaque sujet étant en même temps différent de celui des normaux.

A la base de la représentation graphique que nous voyons sur la troisième figure (fig. 3), nous pouvons constater la mesure dans laquelle se réflètent les événements de l'ambiance dans les dessins des enfants normaux et dans ceux des oligophrènes, et aussi la durée en temps de cette influence après le déroulement des événements d'une charge affective très forte. Cette figure représente le pourcentage des sujets belliqueux dans les dessins à sujet librement choisi de nos collections d'avant le mois d'octobre 1956 et d'après cette date jusqu'à la fin du mois de juin 1957. Nous avons fait dessiner les enfants une fois par mois, leur laissant le choix d'un sujet libre, et les données de ces dessins ont été élaborées séparément pour chaque mois en question. Avant le mois d'octobre 1956, 6 % des dessins normaux (élèves d'une école primaire à huit classes) et 5,8 % des dessins des cas pathologiques (oligophrénie, épilepsie, névrose) des collections de notre consultation de psychiatrie infantile représentent des armes ou des scènes de bataille. Parmi les cas pathologiques, ce furent surtout les psychopathes et les enfants agressifs qui ont choisi alors de pareils sujets.

Nous trouvons, parmi les dessins collectionnés en décembre 1956, des scènes belliqueuses, des armes, des drapeaux et des emblèmes en 58,7 % chez les normaux et en 41,25 % chez les oligophrènes (écoles médico-pédagogiques). L'enseignement scolaire étant suspendu en janvier, nous n'avons pas de dessins de ce mois. En février, nous ne trouvons plus qu'en 11,8 % des dessins des normaux la représentation des scènes de bataille, etc..., tandis que parmi les dessins des oligophrènes ce pourcentage est encore de 36,68 %. En mars 1957, 13,15 % des

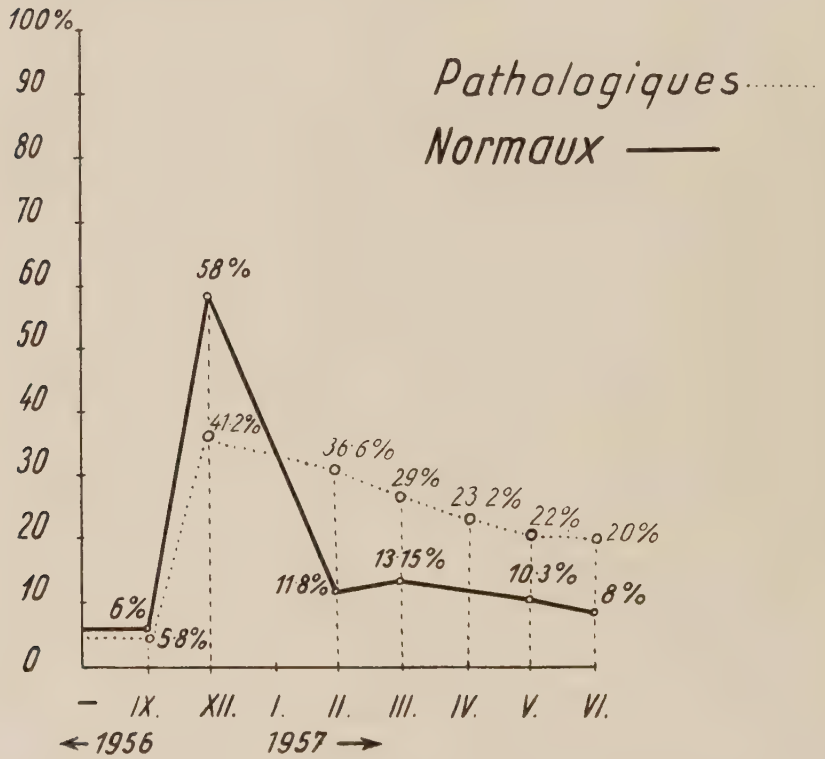

Fig. 3. — Représentation graphique du pourcentage des scènes de bataille parmi les dessins des enfants normaux et oligophrènes

dessins normaux et 23,2 % de ceux des oligophrènes représentent le sujet ci-dessus détaillé. En avril et en mai, nous trouvons encore ces sujets en 10,3 % chez les normaux et en 22 % chez les oligophrènes. En juin, en 8 % chez les normaux et 20 % chez les oligophrènes.

Nous pouvons tirer les conclusions suivantes des données de cette représentation graphique: les événements de l'ambiance dans l'état aigu de leur éclat préoccupent dans une plus grande mesure les enfants

au développement intellectuel normal, c'est-à-dire ces enfants évoquent ces événements parmi les sujets de leur dessin libre en un plus grand pourcentage que les oligophrènes. Mais après le déroulement des événements, leur intérêt baisse rapidement, tandis que la réaction des oligophrènes, moins intense au début, est plus persistante. Ils ne peuvent diriger leur attention à d'autres sujets que difficilement et leur inclinaison à la persévération des événements vécus se reflète dans leurs dessins pendant une durée de temps plus longue.

Du point de vue de la répartition des dessins au sujet inspiré par cet événement de l'ambiance dans les différentes classes d'écoles,

Fig. 4. — Garçon âgé de 8 ans. Ecole médico-pédagogique. Age mental : 6 ans

nous pouvons constater que les événements de l'ambiance ont exercé la plus grande influence sur les écoliers normaux de la première et de la seconde classe primaire. Dans les écoles médico-pédagogiques, leur influence fut relativement plus marquée dans les classes supérieures (6e, 7e, 8e classes primaires). Ce fait nous paraît dépendre du degré de développement intellectuel des enfants, car le niveau mental et la sphère d'intérêt des écoliers normaux de la première et seconde classe primaire correspond à peu près à la capacité des élèves des plus hautes classes primaires des écoles médico-pédagogiques. Dans les premières classes des écoles médico-pédagogiques, à cause du niveau intellectuel très bas et par manque d'intérêt, les enfants ne

comprennent qu'insuffisamment les événements de leur ambiance, et par conséquent ils ne les expriment pas non plus dans leurs dessins. Dans les classes plus hautes des écoles primaires (6e-7e-8e), le sens de la critique et l'intérêt multiple des élèves a pour conséquence le fait que les enfants ne persévèrent pas longtemps auprès du thème d'un événement quelconque (fig. 4, 5, 6).

Nous mentionnons encore en décembre 1956 : nous avons trouvé dans le même pourcentage des scènes de bataille parmi les dessins des garçons et parmi ceux des jeunes filles, tandis que plus tard (après février 1957), de pareilles scènes sont plus fréquentes chez les garçons. Ce fait ressort d'une manière éclatante dans les classes au sys-

Fig. 5. — Garçon âgé de 8 ans
Ecole médico-pédagogique. Age mental : 6 ans

tème co-éducatif ou parmi les dessins exécutés le même jour, les garçons ont représenté surtout des armes et des scènes de bataille, quand les œuvres des jeunes filles ont eu pour sujet des paysages calmes, des fleurs et des figures gaies (fig. 7 et 8).

Après avoir pris en considération les différences du contenu des dessins selon les facteurs de l'intelligence et selon les émotions qui dominent l'enfant, nous passons à l'étude du style et de sa valeur diagnostique dans la psychiatrie infantile.

Le rôle diagnostique des dessins d'enfants est souvent mentionné dons la littérature (Stern, Minkowska, Goodenough, Diaz Arnal, Dalla Volta, Nikitin, Bender, Hinrichs, Jakobi, Heuyer, etc...).

Le même sujet est dessiné d'une façon différente selon le degré de l'intelligence des enfants. Dühsler considère le changement du style des dessins d'enfants comme une répétition de la phylogénèse dans l'ontogénèse. Il a trouvé que les dessins réalisés dans la première année de l'instruction scolaire sont semblables aux dessins archaïques. Santos, Campos et Farinha ont constaté que les dessins oligophrènes sont plutôt expressionnistes et ceux des épileptiques plutôt formalistes. Gunzburg reconnaît la valeur diagnostique des dessins comme tests mentaux avec la restriction que les troubles des émotions peuvent influencer le rendement graphique. Rocha a attiré l'attention

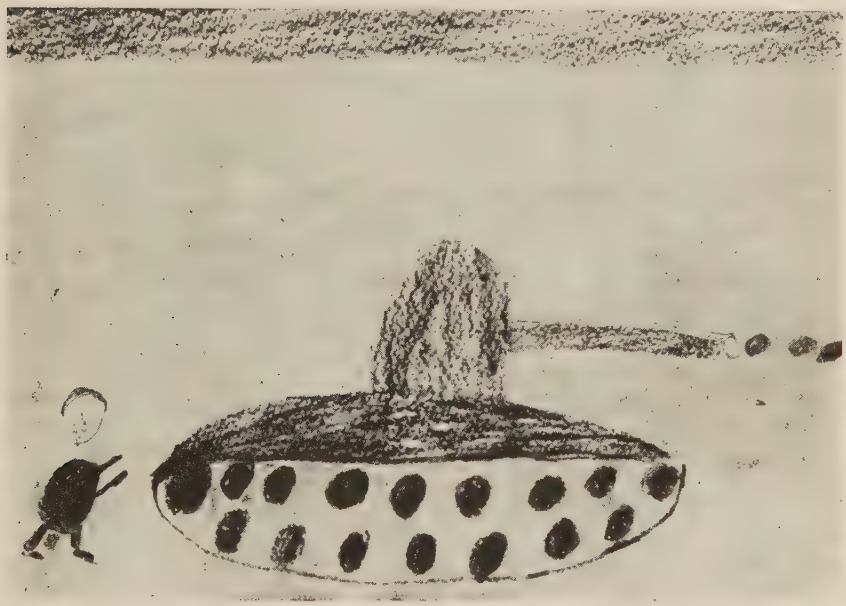

Fig. 6. — Jeune fille âgée de 7 ans
Ecole médico-pédagogique. Age mental : 5 ans

justement à la valeur diagnostique des dessins dans les troubles de l'affectivité.

Les dessins des enfants sont semblables entre eux, sans égard au temps et à l'endroit de leur provenance, par un style spécial aux traits caractéristiques pour chaque âge. C'est la façon de représentation idéographique (Verworn), qui caractérise le plus ces dessins. Les dessins des enfants sont schématiques. Ils veulent toujours représenter des objets réels mais ne représentent que les symboles des objets. Leurs dessins de nature symbolique — du point de vue du spectateur — ne sont pas la résultante d'une abstraction consciente

comme les dessins d'un style pareil des adultes, tels par exemple les dessins des œuvres de l'Art abstrait, mais au contraire ils sont la représentation des idées correspondantes au degré du développement intellectuel actuel de l'enfant. Les dessins comprennent de plus en plus de détails parallèlement avec le développement intellectuel des enfants. Ils détachent leurs idées constituées au commencement par des impressions globales, successivement en un plus grand nombre de détails, au fur et à mesure que les détails des objets réels reçoivent leur signification pour l'enfant. Ils expriment dans leurs dessins l'importance des objets ou des détails par de plus grandes dimensions

Fig. 7. — Garçon normal âgé de 8 ans
Ecole primaire. Seconde classe

(par exemple la grandeur irréelle de la tête des figures humaines). Les différentes étapes du développement des dessins nous prouvent que les connaissances des enfants sur la réalité s'enrichissent par une façon de penser analytique parce que tant que leur âge est plus jeune, tant ils signalent moins de détails sur les objets représentés et même ils négligent quelquefois les détails essentiels à l'image d'un objet quelconque. Par exemple, les enfants âgés de 3 à 4 ans, ou bien les oligophrènes d'un même âge mental, dessinent les figures humaines en forme de tête-pieds. Les idiots représentent par exemple la maison par un simple rectangle. Cette façon de représenter caractéristique

des dessins d'enfants, dits symboliques, qui sont en réalité des dessins idéo-plastiques, doit être distinguée des dessins dont le sujet est l'expression symbolique des complexes refoulés. Ces dessins ne sont pas seulement le schéma, « le symbole » de l'objet représenté, mais au contraire ils symbolisent encore dans la forme concrète de l'objet dessiné un autre concept.

Fig. 8. — Jeune fille normale âgée de 8 ans
Ecole primaire. Seconde classe

Selon Réja, en étudiant le développement des dessins de l'enfant, on peut suivre l'enrichissement progressif de sa conscience et la conquête successive du monde par lui.

En ce qui suit, nous donnons un exemple pour illustrer la façon idéoplastique de la représentation d'une scène de football exécutée par un garçon névrotique, d'âge mental correspondant à son âge réel

de 9 ans. Il a représenté les joueurs sans mains excepté les gardiens du but, qui attrapent la balle par les mains. Dans ce cas, on ne doit pas considérer le manque de la représentation des mains de la figure humaine pour un signe du retard intellectuel ; par contre, cette façon d'expression est due à la connaissance des règles de ce jeu, où les joueurs n'ont pas le droit de se servir de leurs mains. L'enfant a négligé ce détail, qui manque de l'idée d'un joueur de football en action (fig. 9).

Dans les dessins des enfants, la représentation de l'espace est d'habitude fausse. Leurs dessins sont en général exécutés en deux dimensions. Ils ne se soucient pas d'une représentation juste de la perspective qu'avec l'âge de 10 ans.

Fig. 9. — Garçon névrotique
âgé de 9 ans

L'épaisseur de leurs lignes est inégale ; à l'âge plus jeune ou bien au niveau mental plus bas, leurs tracés sont irréguliers et les lignes des contours ne se ferment pas, mais s'entrecroisent souvent et dépassent dans l'espace les corps à représenter.

L'état affectif influence aussi l'épaisseur des lignes. Les tracés des enfants instables, psychopathes, hypermotiles, sont plus grossiers et plus inégaux.

Dans les dessins des enfants souffrant de dépression, nous trouvons des ombres profondes et l'emploi abondant de la couleur noire. Dans notre matériel, autant les psychopathes que les oligophrènes ont employé des couleurs criantes. Ces derniers trouvent une grande joie même dans la juxtaposition des tâches colorées sans aucune forme.

Un exemple intéressant de l'emploi des couleurs bizarres est le cas d'un garçon de 12 ans, qui a réalisé des compositions par une technique supérieure à celle habituée à son âge. A l'école, ses dessins au crayon noir furent toujours qualifiés par la meilleure note par son maître. Par contre, son maître l'a réprimandé souvent par des paroles dures pour l'emploi « entêté » des couleurs irréelles et impossibles. L'examen médical a prouvé que l'enfant souffre d'achromatopsie (pour les couleurs rouge-vert et aussi pour les couleurs bleu-jaune). Ce fait explique donc l'emploi des couleurs bizarres différentes de celles de la réalité. Sur la fig. 10, nous voyons une composition inti-

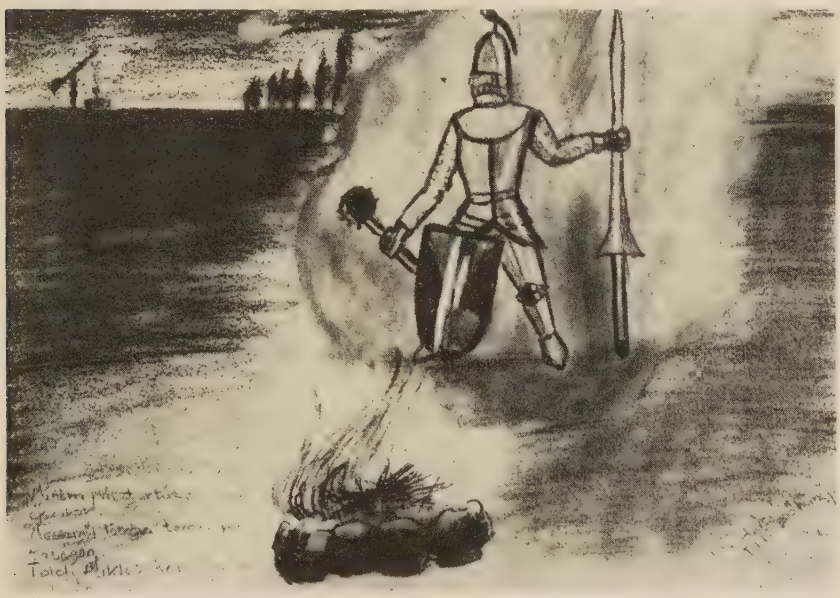

Fig. 10. — Garçon âgé de 12 ans. Achromatopsie

tulée « illustration de la trilogie Toldi de Arany Janos ». Le feu et les flammes y sont colorés en jaune citron, la terre est mauve et le ciel est d'un bleu entremêlé de gris. Verbalement, l'enfant désigne ces couleurs par les adjectifs connus dans la réalité (le feu doit être rouge, la terre brune et le ciel bleu). Depuis la mise en évidence de son achromatopsie, le conflit avec son maître de dessin s'est résolu.

Nous voyons donc qu'il ne faut jamais se faire un jugement prématuré dans l'interprétation des couleurs employées. Il faut aussi penser à un symptôme organique de pareille nature dans les cas de l'emploi conséquent des couleurs inadéquates.

En résumé, la valeur diagnostique du contenu (sujet) des dessins

constitués, d'une part par la symbolique, prête aux explications analytiques, d'autre part par les explications des enfants eux-mêmes sur le thème de leurs dessins dans lesquels ils dévoilent leurs conflits, qui deviennent ainsi conscients.

Le style, c'est-à-dire la façon de représenter, est caractéristique pour les différents âges mentaux de l'enfant. Leurs dessins étant des réalisations idéoplastiques, ils nous renseignent du degré de développement des idées. L'épaisseur des lignes et le degré de l'uniformité des tracés, autant que l'emploi des couleurs et des ombres, nous fournissent des renseignements sur la vie affective de l'enfant.

Travail de la clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université de Pécs (Hongrie)
(Directeur : Prof. Etienne Környey)

BIBLIOGRAPHIE. — 1. Bender (L.) : *Child psychiatric techniques.* Thomas, Springfield, III, 1952. — 2. Dalla Volta (A.) : La représentation de l'univers infantile. *Arch. di Psicol. Neur. e Psichiatr., 12,* 163, 1951. — 3. Diaz Arnal (L.) : Le psychisme du déficient à travers le dessin. *Revista de Psicol.,* Madrid, *6,* 735, 1950. — 4. Goodenough (F. L.) : The measurement of mental growth in childhoud. Chap. IX in Carmichael Leonard (Ed.) : *Manual of child psychology.* New York, John Wiley and Dons, Inc., 1946. — 5. Goodenough (F. L.) : *Measurement of intelligence by drawings.* World Book Company, Chicago, 1926. — 6. Gunzburg (H. E.) : Projection dans les dessins. *Brit. J. Med. Psychol., 88,* 72 (1955). — 7. Heuyer (G.) : *Introduction à la psychiatrie infantile.* Press. Univ., Paris, 1952. — 8. Hinrichs (W. E.) : The Goodenough drawing in relation to delinquency and problem behavior. *Arch. of Psychol., 175,* 1, 1935. — 9. Jacobi (J.) : Ich und Selbst in der Kinderzeichnung. *Schweiz. Ztschr. f. Psychol. u. ihre Anwendungen,* 12, 51, 1953. — 10. Minkowska : *Rorschach et dessins.* Desclée de Brouwer, 1955. — 11. Nikitin (E.) : Intellektuelle und künstlerische (Musik, Dramatisation Zeichen) Begabung schwererziehbarerer Psychopathen. *Trudy defektol Otdela psico-nerv. Akad. Samml., 2,* 148, 1930. — 12. Queiroz (A. M.) : Motifs ornementaux dans les dessins d'enfants. *Rev. de psicol. normal e patol., 1,* 370, 1955. — 13. Santos (J. D.), Campos (M. L.) et Farinha (M. C.) : Dessins et aquarelles d'épileptiques et d'oligophrènes. *Anais portug. de psiquiatria, 5,* 142, 1953. — 14. Stern (W.) : *Psychologie der frühen Kindheit,* 3. Aufl. Quelle u. Meyer, Leipzig, 1923. — 15. Verworn (M.) : *Zur Psychologie der primitiven Kunst,* 2. Aufl. G. Fischer, Jena 1917.

Idées de jalousie et dysendocrinie,
par MM. G. Collier et B. Defer

Tant les psychiatres que les endocrinologistes se sont attachés à préciser les rapports pouvant exister, dans certains cas, entre troubles mentaux et dysfonctionnements endocriniens.

Nous rapportons une observation qui fait évoquer la notion de tels rapports, mais dont l'intérêt nous paraît essentiellement tenir dans le résultat favorable de la thérapeutique, précisément guidée par les données apportées par les investigations biologiques.

Observation. — Mme M..., commerçante, actuellement âgée de 34 ans, a vécu une enfance malheureuse en raison de la profonde mésentente ayant existé entre ses parents. Fillette, elle a assisté à de nombreuses scènes de violence, puis a vu son père abandonner définitivement un foyer où neuf enfants vécurent très péniblement.

Sa fréquentation scolaire fut brève ; elle n'a pas obtenu le certificat d'études primaires, mais son intelligence moyenne lui a toutefois constamment permis une adaptation sociale suffisante.

Depuis l'âge de 11 ans, Mme M... a vu survenir des règles peu abondantes, tous les 25 jours environ, durant deux ou trois jours, accompagnées d'un syndrome pré-menstruel, caractérisé essentiellement par des migraines et des lombalgies.

Mariée à l'âge de 21 ans ; peu après, elle accouche normalement d'un premier garçon, qui s'est toujours trouvé en bonne santé.

A 24 ans, survient une seconde grossesse, durant laquelle on observe une albuminurie légère avec œdème des membres inférieurs et se terminant par l'accouchement prématuré à 7 mois 1/2, d'un enfant mort-né.

A 27 ans, si une troisième grossesse comporte les mêmes incidents, Mme M... accouche à terme et normalement, mais il s'agit d'un garçon chez lequel il est bientôt porté le diagnostic de myxœdème congénital.

On ne note pas d'autres antécédents pathologiques mais, outre les graves traumatismes affectifs de l'enfance, Mme M... a eu la preuve, il y a huit ans, que son mari entretenait alors une liaison amoureuse, de courte durée d'ailleurs, et elle a été très affectée par le déficit mental de son dernier-né, actuellement âgé de 7 ans.

Le début des troubles mentaux présentés par Mme M... remonte précisément à la période ayant suivi ce dernier accouchement.

Depuis, la malade exprime des idées de jalousie immotivées survenant très régulièrement une semaine avant l'apparition des règles et disparaissant à peu près totalement dès que celles-ci sont terminées.

Durant la période critique, outre le syndrome prémenstruel essentiellement douloureux, mais auquel s'associent un très discret tremblement des extrémités, une légère exophtalmie, une tachycardie très modérée, avec un gonflement certain de la région thyroïdienne, Mme M... présente une anxiété légère, avec insomnie et impression d'être regardée dans la rue par des gens au visage moqueur.

La conviction délirante concernant l'inconduite du mari est absolue et irréductible, les reproches sont incessants et acerbes, concernant nommément certaines personnes.

Mais l'anxiété, voire l'agressivité de Mme M... semblent essentiellement alimentées, à partir des soupçons que des indices confirment selon un mode délirant, par la crainte que le mari n'abandonne le foyer et que ne se trouve ainsi réalisé à nouveau cet état de si grande misère matérielle et morale vécue dans l'enfance.

Dès que les règles sont terminées, Mme M... critique ses idées délirantes, exprime des regrets, et son caractère redevient normal.

« Je me rends compte que c'est de la bêtise », dit-elle. Dans l'intervalle des règles : « Il y a quand même des idées de jalousie, mais ce n'est pas du tout la même chose ; elles ne viennent pas pareil, je n'en parle pas. »

Cet état mental persiste depuis sept ans et n'a pas été modifié par les

rares tentatives thérapeutiques entreprises, mais précocement abandonnées, ni par une série de dix narco-analyses en 1953.

Quelque temps avant l'hospitalisation de Mme M..., la vie conjugale était devenue impossible, au moins durant la période critique fatale, de plus en plus vivement redoutée, et semblant chaque fois trop tôt revenue. Ces jours-là, sur l'instigation de sa mère, le garçon de 13 ans accompagnait son père dans tous ses déplacements et était tenu de rendre compte rigoureusement de tous les faits et gestes dont il avait été le témoin.

Les reproches étaient de plus en plus violents, accompagnés de menaces, excédant au pire le mari mis en accusation et laissant dans les esprits des traces qui s'effaçaient de plus en plus difficilement. Bref, la question du divorce était dans l'air.

Dès son hospitalisation (au début d un cycle génital), nous entreprenons d'établir pour Mme M... un bilan hormonal aussi complet que possible. Pratiqués à diverses reprises au cours du cycle, les dosages de la glycémie, de l'azotémie, de la cholestérolémie et de la calcémie sont normaux.

La tension artérielle est plutôt basse (9/6) et on note une tachycardie stable à 80-90 pulsations par minute. L'indice oscillométrique est un peu ample. La courbe ménothermique est normale, avec remontée au-dessus de 37° au 15e jour, les règles survenant le 26e et durant environ trois jours.

L'excrétion urinaire de 17-cétostéroïdes se situe à un chiffre moyen (8 mgr./24 heures). Le dosage de la folliculine dans les urines (méthode de Jayle, technique spectrophotométrique), pratiqué à plusieurs reprises, objective une excrétion très abaissée, sinon inexistante durant la première partie du cycle, et une excrétion nulle durant la seconde partie. En ce qui concerne les lutoïdes dosés durant la seconde partie du cycle (méthode de Jayle), le taux des G.B.S. 13 est normal (18 à 20 mgr./24 h.), tandis que celui du complexe prégnandiol est effondré (1,6 à 1,8 mgr./24 h.) (1).

Un dosage urinaire de la F.S.H., pratiqué par le professeur agrégé J. Rivière (chaire de pathologie générale et expérimentale de Bordeaux) au moment vraisemblable de la ponte ovulaire donne un résultat normal, mais il n'a malheureusement pas été possible de renouveler cet examen.

L'étude des frottis vaginaux pratiqués quotidiennement ou au plus tous les deux jours permet la réalisation d'une courbe très précise de l'index acidophile. Celui-ci est très bas (aux environs de 5 %) jusqu'au 15e jour, s'élève ensuite progressivement pour atteindre un maximum de 65 % le 21e jour et s'effondre brutalement aussitôt, ne marquant qu'une discrète remontée à 15 % vers le 5e jour du cycle suivant. Une telle courbe est classiquement significative d'une imprégnation œstrogénique nettement insuffisante, que les dosages hormonaux confirment.

Enfin, une radiographie de la selle turcique montre une hypertrophie des clinoïdes postérieures, qui ferment la partie supérieure de la selle par leur jonction avec les clinoïdes antérieures.

Devant un tel bilan hormonal, mettant en évidence la sécrétion insuffisante des œstroïdes comme des lutoïdes, et après que Mme M... eût présenté, à la fin du cycle, une phase critique en tous points semblable aux épisodes antérieurs (accusations très violentes portées à l'égard du mari venu

(1) Les G.B.S. 13 (Glycuronides butylo-solubles à *p*H 13) traduisent à la fois l'activité lutéale et hypophyso-surrénalienne. Le complexe prégnandiol (P.G.) rend compte électivement du métabolisme de la progestérone.

en visite, menaces de suicide, interprétation de l'hospitalisation comme une manœuvre délibérée en vue d'avoir le champ libre, etc...), nous instituons un traitement hormonal logique :

injection intra-musculaire de 10 mgr. d'hexahydrobenzoate d'œstradiol (benzogynœstryl-retard) le 9e jour du cycle ; injection intra-musculaire de 10 mgr. de progestérone (lutogyl) les 21e, 22e et 24e jours du cycle ; prise orale quotidienne, du 20e jour du cycle à la fin des règles, de 2 dragées de frénantol composé et de 9 dragées d'hydroxyzine (atarax) réparties dans la journée.

Outre qu'il s'accompagne d'une normalisation presque parfaite de la courbe de l'index acidophile, ce traitement entraîne une amélioration considérable de l'état mental de Mme M..., qui peut rejoindre son foyer après moins de deux mois d'hospitalisation.

Une légère rechute ayant été observée lors de la fin du cycle suivant, on remplace l'hydroxyzine (dont les indications étaient alors très mal précisées), par une dose moyenne de chlorpromazine, le traitement demeurant inchangé par ailleurs : au cycle ultérieur, la rechute, sans être complète, apparaissait encore plus nettement.

Le retour à l'hydroxyzine entraîne une nouvelle amélioration, plus nette au fur et à mesure de chaque cycle, si bien qu'actuellement Mme M..., confiée depuis plus de six mois à son médecin traitant qui poursuit la même thérapeutique, est totalement guérie de ses troubles mentaux et mène une vie familiale normale.

Il n'est pas dans notre propos de tenter un inventaire pathogénique précis des troubles présentés par notre malade (éléments diencéphalo-hypophysaires, périphériques, traumatismes affectifs, etc...).

Désirant demeurer sur le plan pratique, nous confirmerons seulement que la découverte d'un dysfonctionnement endocrinien a pu conduire à une thérapeutique hormonale décisive chez une malade où divers traitements avaient échoué et pour laquelle la situation familiale paraissait définitivement compromise.

Nous tenons à souligner, d'autre part, qu'à côté du rôle joué par le milieu interne, les chocs affectifs ont eu chez notre malade une profonde influence sur l'expression et l'évolution des troubles mentaux maintenant guéris.

Discussion

M. Paul Abély. — Je crois qu'aux nombreuses investigations endocriniennes auxquelles M. Collier a soumis sa malade manque le contrôle du métabolisme basal. En effet, en dehors des causes exo-toxiques, bien souvent les idées de jalousie féminines, surtout à type paroxystique pré-menstruel, sont associées à une poussée d'hyperthyroïdie ou d'hyperfolliculinie.

Dans le cas présent, le taux extrêmement bas de la progestérone et celui presque aussi inférieur des œstrogènes ou du F.S.H. font plutôt pencher vers l'étiologie hyper-thyroïdienne, avec d'autant plus de logique que le fléchissement des hormones sexuelles crée habituellement une flambée thyroïdienne pré-menstruelle par dérivation anté-hypophysaire.

Je crois que si M. Collier avait contrôlé le métabolisme basal en période pré-menstruelle, il aurait retrouvé cette flambée, et je crois aussi que c'est à l'administration du frénantol qu'est dû le succès des thérapeutiques. La jalousie par poussée hyperfolliculinique ou de F.S.H. est en général réservée à la période pré-ménopausique alors que la jalousie hyperthyroïdienne se retrouve surtout chez les femmes jeunes en pleine activité ovarienne.

État oniroïde avec idées délirantes de structure complexe, par MM. G. Collier et B. Defer

Observation. — Mme L..., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire deux mois après un accouchement normal, présentant un syndrome mental caractérisé par des alternances d'humeur excessive avec agressivité ou euphorie, et d'humeur dépressive avec pleurs fugaces. Sur un fond d'anxiété, on note quelques idées de persécution, des fausses reconnaissances, des réponses à côté paraissant correspondre, tantôt à une volonté de jeu, tantôt à un ralentissement psychique associé à de l'obnubilation.

Une série de 11 électro-chocs, associée à des doses moyennes de largactil (50 à 150 mgr. par jour) entraîne une sédation rapide de l'excitation. Suit une phase confuso-dépressive de courte durée, et la malade, se trouvant très améliorée, entre dans une période de convalescence prolongée sans histoire durant quatre mois.

Si l'hospitalisation demeure aussi longue, la raison s'en trouve dans l'hésitation montrée par Mme L... à rentrer chez elle pour y retrouver des difficultés familiales anciennes. En effet, notre malade se trouve en instance de divorce d'avec son mari, homme ivrogne et brutal dont elle a eu 5 enfants, le 6e enfant, né deux mois avant l'hospitalisation, ayant été conçu depuis la séparation.

Notons, pour n'y plus revenir, que Mme L..., bien que d'origine rurale, a fréquenté l'école régulièrement jusqu'à 14 ans. Elle a obtenu le C.E.P., puis a eu l'occasion, avant son mariage, de vivre quelque temps à Paris.

L'échelle d'Alexander, appliquée en période de convalescence, donne un quotient d'intelligence pratique de 93, tandis que la conversation objective un niveau mental nettement supérieur à celui habituellement rencontré chez nos malades d'origine rurale.

Les jugements et les propos énoncés apportent la preuve d'un sens assuré du raisonnement logique ; l'évaluation correcte des situations, un solide bon sens, non départi d'une certaine finesse, voire d'une recherche dans l'expression, tout cela écarte radicalement toute notion de débilité mentale.

Sur le plan de l'affectivité, on ne relève non plus aucune anomalie. On ne retrouve rien de notable dans les antécédents, en particulier pas de notion de toxicomanie ni d'épilepsie, ni d'encéphalite. L'examen physique est négatif, les examens biologiques sont normaux.

*
**

Ce n'est pas tant l'évolution de l'accès présenté par Mme L..., ni son cadre nosographique, qui retiennent l'attention, mais plutôt le mode d'activité mentale et d'expression des idées, retrouvé chez elle

aux premiers jours de son hospitalisation. De cette structure délirante, nous voudrions préciser certains processus, mais surtout envisager quelques éléments significatifs.

Lorsqu'on l'interroge, Mme L... rappelle certains épisodes précis de son existence antérieure, souvenirs relativement récents dont l'évocation, l'association, l'interprétation constituent un système dialectique particulier.

Ce système de structure définie se différencie bien du mode d'expression habituel des maniaques, en ce sens qu'il aboutit à une expression verbale relativement cohérente et perméable, se rapprochant à certains égards du mode significatif du délire d'interprétation (mais dont il s'écarte nettement par sa trame teintée d'obnubilation), se rapprochant aussi de certains modes de pensée paralogiques dits archaïques, lesquels toutefois prétendent à une relative universalité, tandis que lui-même demeure, bien entendu, strictement individuel.

Désirant demeurer sur le terrain assuré de la clinique, nous ne ferons que caractériser de l'extérieur cette activité mentale et son expression, renonçant à l'interpréter par rapport à telles données (ethnographiques, par exemple), ou en fonction de telle théorie (psychanalytique, phénoménologique, entre autres).

Dans les tout premiers jours de son hospitalisation, avant qu'on entreprenne la convulsivothérapie, Mme L... répond volontiers aux questions, parvenant à fixer son attention durant un temps, puis expose spontanément et gratuitement ses souvenirs, tout en conservant une lucidité, et une orientation assez satisfaisantes. Tout au plus peut-on noter quelque perplexité, et c'est seulement lorsque l'entretien est rompu et qu'elle se trouve seule, que la malade, sans réaliser un véritable tableau de confusion mentale, extériorise ses troubles de l'humeur par des cris, des sarcasmes, des chants ou des pleurs, symptomatologie du reste banale.

« Je fais du calcul mental, je songe à mon passé », dit-elle.

Il se serait agi d'un passé malheureux, où n'ont manqué ni les sortilèges, ni les signes d'un mauvais destin, ni les éléments magiques ou surnaturels.

« Je n'ai jamais eu que des malheurs ; mon mari m'a fait regretter ma jeunesse. »

« Quelque chose a dirigé tout cela ; un destin, un mauvais sort qui s'est attaché contre moi. »

I. — Abondent les notions de mystérieuse coïncidence, prémonition, déterminisme ou mauvais sort :

« Je me souviens d'avoir trouvé un anneau coupé ; ça m'a fait penser que j'avais quitté mon mari. »

« J'ai vu une grosse carpe en rêve ; le lendemain, près de la rivière, j'ai vu une dame qui prenait un poisson. C'est une coïncidence, mais c'est bizarre. Je ne sais pas si c'est le hasard. Je pense que c'est une destinée. »

« Dans cette maison (celle des époux L...), la première femme qui est entrée, c'est la mère de cette jeune fille que mon mari aurait fréquentée. J'ai pensé que c'était elle qui me faisait souffrir dans mes rêves. Je les voyais ensemble en rêvant et j'étais jalouse. »

« Dans mes rêves, j'ai vu une femme avec un grand chapeau qui passait par la fenêtre. Depuis, je ne fus plus heureuse, je n'aimais plus mon mari qui s'est mis à boire... Après, le désaccord a été complet avec mon mari... Mon mari ne pensait qu'à cette jeune fille et elle, après, elle baissait la tête. »

« D'autres rêves ne me faisaient pas souffrir, ne m'empêchaient pas d'aimer mon mari. »

« La femme au grand chapeau, c'était un revenant parce que ça m'a réveillée. »

« L'avenir, c'est Mlle B... qui le tient entre ses mains. »

« Elle fait tout ce qui nous arrive. C'est elle qui m'a amenée là ; je la retrouve ici, je la retrouve partout ; elle a un pouvoir surnaturel. »

« Un homme croyait porter malheur aux gens. Il a embrassé mes enfants et je me suis en allée par la suite. »

« Le propriétaire de la maison est tombé malade en même temps que moi. On disait qu'il m'a porté maleur. »

« Il me disait, me suivant partout : « Je ne veux pas vous porter malheur, on dit que je suis maljouvant. »

« Il avait un grand chapeau noir en feutre. »

« On m'avait envoyé une lettre de Lourdes, que je n'ai pas renvoyée ; voyez ce que je suis devenue. »

II. — On notera la place importante accordée au symbolisme de l'eau (la malade avait effectivement tenté de vider et d'explorer son puits), en rapport avec la recherche d'un trésor ou d'un paradis :

« L'eau m'attirait, j'avais des fourmis dans la main. »

« L'eau m'attirait depuis que cet homme a bu à ma fontaine. »

« J'avais des visions : de l'eau, des châteaux... »

« J'allais chercher de l'or au fond d'un puits. »

« Il me semblait qu'il y avait de l'or au fonds du puits. »

« L'eau m'attire, ce n'est pas pour boire. »

« L'eau m'attirait, j'avais un fluide, je croyais qu'il venait de la source. »

« Il y avait une clé dans le puits : la clé du paradis. »

« Le paradis, il est sous l'eau. — Au ciel il y a de l'eau partout. — Je veux aller au fonds de l'eau. »

« Je voudrais passer par le trou d'une aiguille pour aller au paradis. »

« Je veux aller à Lourdes, parce qu'on ne meurt jamais. — Pas pour boire de l'eau de Lourdes. »

III. — On retrouve des symboles sexuels, associés à des idées de culpabilité.

« Mon mari tournait tout en bêtise. — Il m'a mis dans la bouche ce qui sert à faire des enfants.

J'étais complètement dégoûtée, je ne pouvais plus parler ni manger.

Un jour, il a apporté des choux à la crème en disant aux enfants : « Voilà des carottes à la crème. »

J'ai compris ce qu'il voulait dire. — Je ne pouvais plus manger les carottes de mon jardin. »

IV. — La malade interprète des bruits perçus antérieurement :

« C'est dans le ciel que j'entendais quelque chose ; ça n'était pas naturel. — Il n'y avait que moi qui levais la tête.

Ça a commencé quand je ne m'entendais plus avec mon mari.

Je croyais que c'était un corbeau, mais les corbeaux ne font pas comme ça. — Ça faisait un bruit de trompe.

Quand j'étais malade, une auto est venue s'arrêter derrière la maison et mes enfants appuyaient sur la corne ; ça faisait le même bruit. »

V. — Enfin, nous insisterons sur la conviction de la réalité des hallucinations visuelles, dont le mari de Mme L... fut la proie lors d'un épisode confusionnel d'étiologie alcoolique. Il est remarquable que les éléments de ces hallucinations retrouvent une signification seconde concernant personnellement la malade :

« Mon mari a vu un homme, un chapeau, une sonnette. — Ça s'arrêtait devant lui quand il s'arrêtait, il partait, ça repartait avec une lanterne à la main. Il ne pouvait l'attraper. Ça s'est arrêté devant la maison de ce jeune homme que j'aime.

Mon mari avait peur, tremblait, il voulait prendre son fusil pour le tuer.

Depuis, mon mari fut jaloux de ce jeune homme, et moi, depuis je l'aimais. »

« C'était seulement le haut d'une personne avec un chapeau et une lanterne.

L'homme s'est arrêté devant la maison du jeune homme avec qui j'ai un fils. Il n'était pas mon ami à ce moment-là.

Mon mari l'avait déjà vu dans les mêmes endroits, étant jeune homme. »

« Ce que mon mari a vu, ça existe, c'est naturel. Il y en a d'autres qui l'ont vu. »

« Il me semble qu'il y a un rapport. Quelque chose a dirigé tout cela. Un destin, un mauvais sort qui s'est attaché contre moi. »

Durant les premiers jours de son hospitalisation, Mme L... évoque ainsi ses souvenirs. Comme nous l'avons déjà souligné, il s'agit d'une expression relativement cohérente et non sujette à de notables variations d'un jour à l'autre.

Les thèmes demeurent les mêmes, les mécanismes d'interprétation restent semblables, et il est à noter que la plupart des faits évoqués ont été confirmés quant à leur existence.

Seules leur interprétation, leur signification nouvelle représentent l'élément pathologique.

Il semble intéressant de relever les propos de notre malade au décours de sa convalescence. Les mécanismes interprétatifs s'estompent peu à peu, les souvenirs perdent de leur signification ; toutefois, les interprétations, comme les souvenirs eux-mêmes, demeurent parfaitement mnésiques pour la plupart, encore que la malade en rectifie le caractère délirant, réattribuant aux faits leur sens réel.

« J'ai pensé que mon mari avait bu. — Mais je n'en suis pas sûre. »
« Ce sont des ombres, mais ça me travaille. »
« Il avait trop bu, ce n'était pas vrai. »
« Quand mon mari a vu l'ombre, je l'ai pris pour un imbécile. »
« Je pense qu'il était malade, c'était des visions. »
« Je devais me faire des idées. C'est un rêve. »
« Il n'y a pas de revenants. »

Alors que Mme L... semble parfaitement guérie et que son comportement s'est normalisé, on note seulement chez elle une certaine recherche dans l'expression, non dénuée de poésie.

« J'ai l'âme aussi vagabonde qu'une source, je ne sais plus qui je suis ; je ne me reconnais plus. Je suis venue au fil des eaux », écrit-elle à son ami, dans une lettre par ailleurs parfaitement cohérente, quelques jours avant de quitter l'hôpital.

⁂

Nous n'envisagerons pas en détail les matériaux mnésiques interprétés lors de l'épisode aigu : il ne s'agit que de faits banaux, marqués toutefois d'une charge affective particulière.

Insistons seulement sur la conviction, *a posteriori* et transitoire, des hallucinations visuelles du mari intégrées dans le délire : il s'agit là d'une variété très particulière d'idées délirantes induites.

Il paraît également intéressant de s'arrêter sur les mécanismes psychologiques para-logiques qui ont contribué à l'agencement des souvenirs pour constituer l'univers délirant de la malade. Il s'agit de mécanismes interprétatifs et associatifs s'apparentant aux lois qui régissent la production des rêves, qui bouleversent les rapports du réel, modifient la causalité des événements. Le hasard, le fortuit, sont niés, le significatif est partout introduit, les songes apparaissent doués d'une valeur prophétique.

Bref, Mme L... cristallise autour d'une idée prévalente (un destin malheureux) toute une série de souvenirs dont la réalité est émoussée, transfigurée, et, pour faciliter leur polarisation, elle introduit des éléments magiques et surnaturels, soit explicatifs, soit déterminants.

Cette ébauche de dissolution de la conscience, cette régression à une activité mentale inférieure, apparaissent également à travers la signification attribuée à l'eau avec insistance.

Sans s'arrêter sur les travaux des historiens des religions ou des ethnographes, on peut rappeler l'universalité du symbolisme aquatique, dont les expressions métaphysiques et religieuses constituent un ensemble d'une parfaite cohérence.

« L'immersion dans l'eau symbolise la régression dans le préformel, la régénération totale, la nouvelle naissance, car une immersion équivaut à une dissolution des formes, à une réintégration dans le mode indifférencié de la préexistence ; et la sortie des eaux répète le geste cosmogonique de la manifestation formelle. » (Mircea Eliade : Traité d'Histoire des Religions).

L'attirance vers l'eau semble bien exprimer, chez notre malade, la fuite d'une existence malheureuse et la recherche du paradis.

A d'autres moments, on assiste à la négation totale de toute possibilité d'initiative, représentée par un déterminisme surnaturel rigoureux.

*
**

Les psychoses délirantes aiguës ont toujours constitué un groupe nosographique mal précisé et, depuis cent ans, de nombreux auteurs ont tenté d'en dégager l'importance et la signification.

Sérieux et ses élèves ont décrit des états interprétatifs épisodiques curables, autrefois rangés par Magnan dans le groupe des bouffées délirantes des dégénérés ou celui des paranoïas aiguës.

En leur attribuant une étiologie toxique, Chaslin a publié des observations de délire onirique sans confusion ni amnésie consécutive, mais comportant essentiellement une production psycho-sensorielle visuelle immédiatement intégrée à l'activité d'une conscience en partie destructurée.

L'école allemande (Kleist) évoqua les affinités de ces épisodes délirants aigus avec la psychose maniaco-dépressive ; Jaspers a attribué beaucoup d'importance aux expériences délirantes primaires réalisées au cours de ces états ; il fut également question de schizophrénie aiguë et Mayer-Gross a décrit une conscience oniroïde.

Plus récemment, H. Ey a repris la description des états oniroïdes, lesquels correspondent « à cette phase intermédiaire (entre la manie-mélancolie et la confusion) de la décomposition du champ de la conscience où se désorganise la représentation de l'ordre spatialement vécu de l'expérience sensible actuelle ».

Il y a « osmose du subjectif et de l'objectif ».

« Les souvenirs et images qui entrent dans la composition fantastique sont eux-mêmes dotés d'un fort coefficient de réalité. »

H. Ey a insisté sur les modalités thématiques de la conscience oniroïde : celle du bonheur (extase, érotisme) et celle du malheur :

« ...les événements sont vécus sur le registre du malheur dans une atmosphère de catastrophe, de malaise, de cauchemar, de détresse et de douleur. ». (Etude n° 23).

E. Ey et Rouart ont d'autre part précisé des formes symptomatiques anxieuses, interprétatives, et ils remarquent :

« L'ambiguité de cette forme de conscience qui se vit, étrangère à elle-même et est encore elle-même, entraîne des impressions constantes de mystère, d'énigme, d'artifice, et le glissement vers les grands mythes qui expriment à la fois la catastrophe, l'ineffable et la fantastique évanescence du temps et du monde. »

Le syndrome présenté par notre malade réalise assez précisément un tel état oniroïde, encore qu'il se trouve intégré (comme il est d'ailleurs fréquent) dans un ensemble psychotique plus large qu'il paraît prématuré de préciser, bien qu'on évoque néanmoins la notion de psychose maniaque-dépressive.

Et si nous avons cru bon de présenter une observation d'un syndrome désormais classique, c'est principalement en raison du contenu particulier de sa structure délirante.

Discussion

M. Paul Abély. — Je suis peut-être plus prosaïque que M. Collier, mais il me semble ne voir dans ce cas qu'une bouffée délirante à forte teinte maniaque, où se remarquent de gros éléments de jeu, d'imagination, d'érotomanie, de représentations mentales vives avec peut-être quelques éléments réactionnels dus au comportement du mari. Mais, vraiment, je ne note chez elle aucun trouble sensoriel authentique, aucune confusion mentale évidente, aucun onirisme.

Je ne comprends pas bien pourquoi le présentateur donne à sa communication le titre « d'état oniroïde ».

Je crois qu'il y aurait pas mal à dire sur cette expression d'oniroïde dans sa composante étymologique. Il m'apparaît, en effet, qu'entre l'oniroïde et le rêve, le sommeil et la confusion mentale, il n'y a ni parenté psycho-physiologique, ni parenté anatomique.

L'onirisme visuel de l'alcoolisme aigu, par exemple, n'a rien à voir avec le rêve et encore moins avec le sommeil. C'est surtout un phénomène physiologique lié à l'atteinte toxique du cortex et à la rigueur du faisceau opto-tangentiel.

Dès que cet alcoolique s'endort, il cesse d'être onirique (effet par exemple des neuroleptiques).

Un confus n'est pas en hypersommeil mais plutôt en hypervigilance angoissée. Il n'est pas question de rêve, quoiqu'il soit dans les habitudes prises de nommer cet onirisme un *rêve éveillé*, et je me demande même si le mot cauchemar, qui est en somme l'angoisse du rêve, est bien une expression adéquate quand il s'agit d'onirisme.

En revanche, s'il est question de phénomènes hypnagogiques ou de rêves authentiques liés à la fonction de sommeil, il n'est plus question alors d'états oniroïdes mais d'états hypnoïdes.

Perversions morales et chlorpromazine. Contribution à l'étude de son action sur les troubles du caractère et de la conduite, par M. Pierre MENGER.

Il a été tant écrit sur les effets généraux de la chlorpromazine et sur son action dans les psychoses qu'on pourrait croire que tout ait été dit dans ce domaine et que nous aurions mauvaise grâce à prétendre apporter ici du nouveau et de l inédit. Mme Ragu-Frey signalait à la séance du 28-1-57, dans la discussion relative à la communication de M. le Dr Le Guillant : « Le syndrome neuroleptique... » que l'emploi du produit avait été étendu aux troubles du caractère chez l enfant. Pourtant, malgré l'abondance des publications, il ne nous semble pas que l'on ait jusqu'à ce jour beaucoup insisté sur les transformations caractérielles, des sentiments éthiques et de la perversité qui peuvent résulter d'une action « modérée » du neuroleptique dans les cas de déséquilibre caractériel et moral.

Aussi avons-nous voulu livrer nos constatations sur la question à l'appréciation et à la méditation des collègues. Elles portent sur le comportement de trois ordres de sujets caractériels et pervers : les constitutionnels, les parkinsoniens post-encéphalitiques, les épileptiques.

Disons tout de suite que les états d'obtusion, d'obnubilation qui accompagnent souvent les états de perversité et de malignité n'ont été nullement influencés dans leur ensemble par le neuroleptique, contrairement à ce qui se passe par l'action de l'électro-choc dans de tels syndromes où un regain de self-contrôle, un surcroît de conscience de l'état et une stimulation de la volonté lucide semblent résulter du traitement.

L'effet sur le parkinsonisme lui-même est absolument nul, il l'aggraverait plutôt, aussi l'administration des anti-parkinsoniens, en particulier raci-bel, artane, scopolamine, doit-elle se faire parallèlement à celle du largactil.

La fréquence, les formes, l'intensité des phénomènes comitiaux majeurs ou mineurs, états crépusculaires y compris, ne sont aucunement modifiés mais l'administration du largactil peut permettre une réduction appréciable des doses des anti-épileptiques utilisés.

Nos constatations se firent fortuitement. Comme dans beaucoup d'autres services, la chlorpromazine fut utilisée « à la demande » et un peu inconsidérément, pour beaucoup de malades ennuyeuses, gênantes et importunes, les religieuses en administrèrent à un certain nombre de malades qui les « embêtaient » et compliquaient leur service de surveillance et de direction et dans les quartiers de difficiles (perverses, épileptiques, quérulantes) ; on fut frappé d'assister, non seulement à la chute de l'agitation, qui était le but primitif recherché,

mais à une transformation radicale du caractère chez beaucoup de ces malades difficiles. Disparition de l'agressivité, de la tendance à la chicane, parfois apparition de la gentillesse, de l'amabilité, de l'obligeance, retour à des attitudes de douceur, de réserve, de pondération, le sens des convenances semblait s'être rétabli, une sociabilité plus large s'installait. Il ne s'agissait pas là du résultat négatif si fréquemment constaté chez les malades traitées au largactil : attitude engourdie, figée, hébétée, tranquillité stupide, aspect d'automates dociles et suggestibles, au teint rougeâtre et bronzé, mais d'un résultat positif avec acquisition ou récupération de dispositions affectueuses et charitables, d'une bonne volonté décidée, d'une spontanéité d'amendement et de rachat et d'un désir sincère de se rendre utile et de bien faire.

La perversité sexuelle se trouve très atténuée, une certaine indifférence se manifeste. Les assiduités érotiques, la viscosité lascive et adhérente, l'importunité sensuelle présentent une détente sensible et un relâchement remarquable.

L'instabilité, la tendance aux fugues, à l'évasion, aux complots, l'insubordination, la rébellion, subissent une régression notable, non pas due à une obtusion psychique, à la bradypsychie ou à un syndrome bradykinétique extra-pyramidal, qui seraient provoqués par le largactil, tous états qui, comme nous le savons, favoriseraient plutôt les réactions impulsives perverses, mais due à un self-contrôle plus développé, une appréciation plus juste de la situation et des obligations, à une certaine attirance vers le devoir et la rectitude de conduite, à un plaisir de mieux faire et à un dégoût accru des fautes et errements passés.

L'irritabilité, le goût de la discussion, la recherche de la querelle, les impulsions à la violence sont aussi très influencés et marquent un fléchissement appréciable.

Nous avons constaté la disparition, ou du moins une forte diminution de la tendance aux vols et aux larcins avec auto-critique saine des actes regrettables antérieurs et répugnance sincère à leur égard.

La mythomanie, l'hypocrisie, les tromperies, les mystifications périclitent aussi sous l'action du largactil.

L'importunité assidue, les tracasseries rétrocèdent également, les malades paraissent accepter leur sort avec plus de bonne grâce, sans vouloir en faire supporter les conséquences à leur entourage, aux infirmières ou aux médecins par des interventions pointilleuses et des interrogations méticuleuses sans cesse renouvelées.

Voici, parmi de nombreuses autres, un certain nombre d'observations succinctes mais assez éloquentes de cas de perversité pour la plupart intra-hospitalières, quelques-unes sont extra-hospitalières, classées dans les trois catégories des pervers constitutionnels, post-encéphalitiques et épileptiques.

OBSERVATIONS

Perversions constitutionnelles

L. L. A., 30 ans. — Autoritarisme, querelles, insociabilité, tendance à s'isoler, inexpansive. S'est mise au travail et a pu obtenir sa sortie. Pas de syndrome neuroleptique.

P. L., 40 ans. — Hystérie. Perversité sexuelle. Prostitution, dissimulation, mythomanie, mystification, malignité provocatrice. Destructivité malicieuse. Insubordination. Supercheries constantes pour transgresser les prescriptions de son régime antidiabétique.

Sédation très nette des troubles. Attitude plus réfléchie et plus sage, plus grande compréhension. Apaisement et modération. Pas de syndrome neuroleptique.

G. F., 27 ans. — Difficile, cherche à mettre du désordre, siffle au dortoir, mystification, enlève ses pansements et entretient les ulcères qu'elle présente aux jambes. Très dévergondée.

Supporte maintenant le traitement de ses plaies qui sont presque guéries, est devenue tolérante, plus résignée, est tranquille et plus compréhensive.

T. B., 55 ans. — Agressivité. Colères. Esprit de critique. Insatisfaction perpétuelle. Importunité assidue. Chicanes.

Semble supporter beaucoup mieux ses compagnes. Moins de protestations et d'exigences. S'est assagie fortement. S'occupe beaucoup moins des autres. Aucun ralentissement intellectuel.

M. M., 60 ans. — Déséquilibrée au passé de perversité sexuelle et de déséquilibre paranoïaque. Agressive. Récriminatrice. Insociabilité. Importunité assidue véritablement exemplaire. Réclamations continuelles et protestations contre de prétendus manques d'égards, inconvenances et malveillances.

Est devenue beaucoup plus accommodante. Légère hébétude. Démangeaisons et urticaire. Sialorrhée.

M. T. L., 24 ans. — Importunité caractéristique. Irritabilité. Insubordination. Résistance et rébellion. Coups et gifles.

S'est bien apaisée, s'occupe régulièrement sans récriminer et sans automatisme, spontanéité conservée.

R. P., 55 ans. — Agressivité. Type vieille-sorcière. Récriminations. Hostilité et menaces à l'égard des voisines. Malignité, esprit acariâtre et méprisant.

Sédation du syndrome sans torpeur intellectuelle ni attitude automatique.

R. J., 30 ans. — Déséquilibre mental avec phases dépressives et phases d'irritabilité. Paresse. Oisiveté. Coup de couteau à son mari.

S'est améliorée peu à peu sous l'effet de la convulsivothérapie et s'est maintenue en bon équilibre sous l'effet du largactil. A été rendue à son mari, qui lui avait pardonné.

O. M., 35 ans. — Meurtrière de sa belle-mère par coups de hache. Paranoïaque. Méfiante. Hostile. Impulsive. Renfermée et insociable. Action sédative de l'électro-choc. Employée au cours secondaire, commençait à devenir inexpansive et hostile à l'égard des fillettes.

Traitée au largactil, s'est amendée, reconnaît l'absurdité de sa méchanceté qu'elle déplore. Pourrait être rendue à la liberté si la gravité des faits qui ont motifié l'internement, suite de non-lieu, n'exigeait son maintien en raison de l'opinion très montée contre elle. Pas d'attitude rigide, ni automatique.

S. F., 30 ans. — Déséquilibre mental. Hystérie, érotisme, inconduite et oisiveté, instabilité, mythomanie et tendance à la mystification et à créer la discorde. Dipsomanie épisodique. Syndrome mongolien fruste.

A retrouvé son équilibre. Rend des services appréciés. Désire reprendre une vie d'ordre et de travail. Critique vivement sa conduite antérieure.

L. C. — Etat de déséquilibre chez un jeune homme de 17 ans avec irritabilité, colères, insubordination ; impulsivité et idées de suicide ; batailleur, violences, instabilité et fugues. Type du mauvais garçon J3.

Amélioration rapide sous l'effet du traitement antispécifique, de la vitamine B12 et de la convulsivothérapie. Résultats maintenus par le largactil. Est devenu bon garçon, appliqué dans son travail qu'il avait abandonné, regrettant ses désordres passés, heureux d'y échapper maintenant, appréciant beaucoup mieux sa situation et la peine qu'il a causée à ses parents, et jouissant d'une volonté accrue.

Perversions post-encéphalitiques avec parkinsonisme

Y. T., 40 ans. — Perversions sexuelles. Inconduite. Recherche des garçons. Agace les autres par ses manières inconvenantes et sagaces. Importunité assidue et inlassable. Irritabilité. Colères. Violences.

S'est assagie. Semble avoir oublié son vice et ses ressentiments. Léger érythème solaire au visage et sur les jambes. Le syndrome neuroleptique est évidemment difficile à apprécier chez cette parkinsonienne, comme che les autres.

C. H., 28 ans. — Affectivité et motricité paradoxales. Impulsivité. Coups. Malignité.

S'est calmée. Ne manifeste plus de méchanceté. S'occupe de façon suivie.

P. G., 50 ans. — Importunité assidue. Tracassière. Méticulosité. Pointilleuse.

Est devenue beaucoup plus sociable et supportable pour ses collègues. Attend patiemment une solution à sa situation.

Le J. V., 52 ans. — Perversité sadique. Sévices sur des enfants. Acariâtre. Quérulante. Agressive. Importune. Recherche la discussion et la querelle. Rébellion.

Ne fait plus parler d'elle, passe inaperçue. Semble étonnée de ce qu'elle a pu faire autrefois.

G. G., garçon de 17 ans. — A présenté un épisode fébrile avec agitation et visions surtout zoopsiques il y a dix ans, diagnostiqué encéphalite. Tremblement qui gêne beaucoup le malade, fixité du regard et de l'attitude, légère rigidité et troubles de l'aisance motrices et psychiques. Caractère transformé depuis quelques mois, insubordination, arrogance vis-à-vis de ses parents, impulsivité, importunité, comportement regrettable au lycée aussi bien qu'à

la maison, insolences. Recherche la fréquentation des filles. Fugue après vol chez lui d'une somme importante. Retrouvé dans une ville du sud, où sa famille a dû aller le chercher.

Déclare qu'il ne se sent plus le même et que, par intervalles, il agit sous l'effet d'une force qui l'entraîne malgré lui. Bradypsychie peu sensible. Pas d'amélioration appréciable de l'état psychique par la vitamine B12, le tartrate borico-potassique, la thionaïodine et la réserpine.

Mais le largactil amène une détente très nette de l'oppositionisme et de l'insubordination. Est devenu plus réservé. N'a plus la sensation d'étrangeté avec ses forces impérieuses vers le mal. Continue à se traiter et n'a pas eu l'occasion de revenir en consultation depuis des mois.

Perversions comitiales

Constituées surtout par troubles caractériels, importunité assidue, colères, quérulance, violences, passion de la discussion et des disputes, fourberie, perversité érotique.

J. B., 40 ans. — Importunité assidue, perversité sexuelle, attirait des hommes chez elle, recevait des vagabonds, adhérence psychique et de relation, viscosité mentale. Colères.

Ne fait plus parler d'elle. S'occupe. Semble ne plus s'apercevoir de la visite médicale. Bradypsychie habituelle non due au largactil.

H. L., 40 ans. — Importunité assidue. Irritabilité. Susceptibilité. Fourberie.

A perdu ses mauvaises habitudes et passe inaperçue dans le quartier. Plus d'histoires. Calme, compréhensive, plus réfléchie, appliquée, libérée de son impulsivité, mais furoncles, œdème du visage, photo-sensibilisation.

R. R., 50 ans. — Terrible. Colères. Impulsions. Rixes avec ses compagnes.

A « acheté une conduite ». S'occupe un peu. Critique et blâme « les mauvaises ».

H. S., 45 ans. — Epilepsie psychique exclusive. Vols, larcins, querelles recherchées et stupides. Désordres au cours d'états crépusculaires. Internée suite de non-lieu.

S'est amendée. A travaillé longtemps sans histoires, a été rendue à la liberté en raison de l'absence prolongée de tout trouble.

M. G., 54 ans. — Epilepsie purement psychique avec phases oniriques terribles, visions d'incendie, de pendus, troubles caractériels graves, obtusion, chicanière, stupide, âpreté dans la discussion et la querelle.

Retour à un état paisible et d'auto-interrogation sur ses troubles passés.

S. B., 25 ans. — Grande querelleuse et « bagarreuse ». Epilepsie psychique très accentuée avec radotage et viscosité.

Disparition de l'importunité assidue et des réactions violentes. Est détendue, calme, résignée.

H. D., 28 ans. — Hystéro-épilepsie. Théâtralisme, instabilité, agressivité, importunité chicanière.

Disparition des crises hystériques et de l'esprit querelleur.

Toutes les malades ont été soumises à un traitement uniforme de 150 mgr. quotidiennement, 50 gouttes ou 2 comprimés, matin, midi et soir, c'est-à-dire une dose relativement modérée, mais qui nous paraît optima, n'entraînant que peu de réactions neuroleptiques secondaires, et suffisamment active, mais nécessaire, les doses inférieures apparaissant comme peu efficaces. Exceptionnellement, en raison du refus des malades, il a été pratiqué deux injections quotidiennes de 0 gr. 050.

Pour la plupart d'entre elles, cette dose est encore maintenue en permanence. Quelques-unes, à qui nous avions supprimé le médicament pour diverses raisons ont vu, après quelques mois de sevrage, une tendance de leurs troubles à récidiver, la reprise du traitement a immédiatement fait céder ces velléités. Le largactil a été administré de façon prolongée et l'atténuation des manifestations de déséquilibre a commencé en général rapidement, dans la première quinzaine, et s'est accentuée progressivement par la suite.

Certes, il nous a été donné de constater des syndromes parkinsoniens psychiques et moteurs atypiques, de la furonculose (sensibilisation au staphylocoque), de l'œdème du visage, en particulier des paupières, avec « poches sous les yeux », de la photo-sensibilisation cutanée, de l'urticaire, de la sialorrhée, des eczémas rares chez les malades (par absorption), mais qui ont été parfois observés dans le personnel infirmier (par manipulation), surtout avant la glutinisation des comprimés.

Par contre, une de nos malades, G. G., 45 ans, a fait une tentative de suicide par absorption de 40 comprimés de largactil... sans aucune conséquence regrettable notable, à part une hypothermie à 35°8, sans chute de tension, ce qui tendrait à établir que l'intolérance à la chlorpromazine serait plutôt en rapport avec une administration prolongée qu'avec une dose unique mais massive.

Les traitements habituels des perversions et des troubles caractériels en général (nous voulons parler des cures psychothérapiques de redressement, de l'action du tartrate borico-potassique, de la convulsivothérapie) s'étaient jusqu'à présent révélés assez décevants ; il serait intéressant de disposer d'un moyen, tel que l'emploi de la chlorpromazine à doses modérées, qui semble nettement plus efficace que les précédents, et d'une application tout aussi et même plus aisée.

Il faut évidemment multiplier les expérimentations et les cures pour confirmer cette opinion d'efficacité et ne pas se laisser impressionner par l'apparition épisodique de quelques syndromes neuroleptiques secondaires, facilement réversibles (attitude un peu prostrée, automatique, aspect de poupées articulées, engluement moteur, suggestibilité, psychoplégie, parésie psychique, aspontanéité motrice et psychique), l'influence primordiale consistant à notre avis en une meilleure appréciation des faits et de la situation, en un effet sérénisant, en une conscience accrue de l'état et du devoir, en une sédation manifeste des

tendances mauvaises auxquelles se substituent progressivement, à mesure qu'elles s'estompent, des dispositions meilleures, des intentions, des désirs de bien faire. Mais il faut évidemment le recul du temps pour savoir s'il ne s'agit que d'un effet symptomatique, palliatif, essentiellement subordonné à la durée d'administration de la chlorpromazine, ce qui serait déjà un résultat très appréciable, ou si l'on peut lui accorder une valeur réellement curative.

BIBLIOGRAPHIE. — Menger (P.) : Les perversions morales postencéphalitiques. *Thèse de Paris*, 1929. — Baruk (H.), Launay (J.) et Berges (J.) : La thérapeutique par la chlorpromazine. *Annales médico-psychologiques*, mai 1955, 1, p. 705. — Durand (V.-J.) et Houillon (G.) : De quelques travaux étrangers sur la chlorpromazine. *Annales médico-psychologiques*, juin 1955, 2, p. 96. — Donnadieu (A.), Florentin (M.) et Mme Florentin : Les incidents au cours du traitement des troubles mentaux par le largactil. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1955, 2, p. 205. — Rondepierre (J.), Hivert (P.-H.), Honoré (B.) et Vaugelade (S.) : Résultats favorables obtenus par les neuroleptiques dans les psychoses de fâcheux pronostic. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1955, 2, p. 853. — Le Guilland et ses collaborateurs : Le syndrome neuroleptique : étude clinique et psychotechnique. *Annales médico-psychologiques*, février 1957, 1, p. 316. — Deshaies (G.), Mme Richardeau (N.) et Mme Dechosal (F.) : Chlorpromazine et réserpine en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, mars 1957, p. 418. — Lassalle (P.), Garrigues (A.), Plas (R.) et Maury-Lascoux (J.) : Dystonie d'attitude chez les malades traités par la chlorpromazine. *Annales médico-psychologiques*, mai 1957, 1, p. 919.

Discussion

Mme Agnès Masson. — Le présentateur reprend, avec raison, le problème des pseudo-troubles caractériels — problème sur lequel je me propose de revenir très prochainement — dont la nature non caractérielle paraît confirmée par l'épreuve de la thérapeutique neuroplégique. Notre collègue Lambert nous avait déjà apporté, lors de notre dernière séance, des cas d'hypomanies surajoutées à des délires, et qui avaient été apaisées à l'occasion du traitement par les neuroplégiques. Je dois par ailleurs signaler que le premier des deux délirants dont j'avais apporté ici-même l'observation en mars dernier, avait vu, à la suite du traitement par le largactil, disparaître son hypomanie, ce résultat restant acquis pour le moment. Il est évidemment encore trop tôt pour que l'on puisse juger, avec un recul suffisant, les résultats ainsi obtenus dans un certain nombre d'états hypomaniaques.

Quant aux vrais troubles caractériels, le traitement peut évidemment les apaiser au moins dans certains cas, mais avec retour à l'état antérieur peu après la cessation de son administration.

Or, il y a des troubles pseudo-caractériels, pseudo-instables et pseudo-déséquilibrés dans les formes frustes de la psychose périodique, les premiers surtout dans les formes dépressives, les seconds surtout dans les formes hypo-maniaques ou alternantes. Il y a également des troubles pseudo-caractériels à type pervers (tous ne paraissent pas avoir cette même origine) dans la périodicité hypomaniaque fruste (hypomanie avec malignité déjà décrite. crises hypomaniaques de très courte durée, parfois quelques heures, aboutissant à des actes de petite méchanceté ou bizarres) et même dans la périodicité dépressive fruste (soit comme apaisement à des crises d'anxiété, soit comme moyen revalorisant par des processus psychologiques sur lesquels je me propose de revenir.

Syndrome korsakowien d'étiologie tumorale par compression du troisième ventricule, par MM. P. Sivadon, J de Ajuriaguerra, I. et R. Barande.

Voici les arguments qui ont motivé le placement volontaire de notre malade, âgé de 58 ans, à Sainte-Anne, puis au C.T.R.S. de Ville-Evrard, en janvier 1956.

Volontaire. Certificat de placement du 23 janvier 1956 (Dr Fourment). — Comportement démentiel chez un alcoolique chronique. Désorientation temporo-spatiale. Dysmnésie. Hospitalisé en décembre 1955 pour éthylisme subaigu. Actuellement, turburlence diurne et nocturne ; incurie, fausses reconnaissances ; se croit à son travail, à la pêche sur les bords de la Marne. Euphorie inadéquate. Tremblement. Examen neurologique négatif. Notion de traumatisme orbitaire droit en juin 1955. Nécessité d'exploration paraclinique en milieu spécialisé.

Sainte-Anne. Immédiat du 25 janvier 1956 (Dr Lubtchansky). — Alcoolisme chronique. Grave déficience mnésique. Amnésie de fixation. Tendance à la fabulation. Désorientation. Fausses reconnaissances. Obtusion. Indifférence. Déchéance intellectuelle. Accidents subaigus dans les antécédents. Notion de trauma orbitaire droit. Pupilles en myosis. Hématome du genou droit. A diriger sur le C.T.R.S. A maintenir.

Ville-Evrard. Immédiat du 26 janvier 1956 (Dr Chaigneau). — Comportement démentiel. Désorientation temporo-spatiale importante chez un sujet qui serait alcoolique chronique. A traiter dans le service.

De quinzaine, du 14 février 1956 (Dr Chaigneau). — Admis pour alcoolisme chronique avec comportement d'allure démentielle. Syndrome neurologique complexe. Bilan en cours. A maintenir en traitement dans le service.

Le début de cet état remonte à la fin de l'année 1955. Il s'agissait d'un alcoolique chronique, selon le témoignage de la femme, et qui présentait un syndrome d'allure psychiatrique fait :

1) de confusion avec amnésie de fixation prévalente. Le malade menait une existence puncliforme. Il pouvait redire après trois minutes, mais non plus après cinq minutes, une série de deux prénoms ou de deux chiffres. Il pouvait exécuter deux mais pas trois ordres simples.

Affecté par un échec, il a aussitôt oublié le motif de son désarroi. Il peut calculer son âge si on lui fournit l'année en cours.

2) La fabulation est pauvre, passive, induite par l'examinateur, de même que les fausses reconnaissances. Le malade ne manifeste aucune tendance à récupérer imaginativement le passé, qui lui échappe.

Son euphorie est permanente. Les céphalées qui sont signalées, par le personnel, ne sont jamais accusées par le malade lui-même. Signa-

lons l'insomnie épisodique et la turbulence nocturne, par contre la somnolence diurne. Pas de troubles de l'appétit, pas de vomissements.

L'examen neurologique, à la recherche de la polynévrite classique, s'avéra négatif, aucun syndrome douloureux ; pas d'amyotrophie, présence des réflexes rotuliens et achilléens.

Par contre, certains signes de la série pyramidale : Hoffmann bilatéral plus marqué à droite qu'à gauche. Rossolimo bilatéral. Diminution globale de la force musculaire. Réflexes conservés mais un peu diminués aux membres inférieurs. Pas de troubles de la motricité oculaire. Pas de troubles gnosiques, ni praxiques, pas de gros troubles phasiques, sinon du type de l'aphasie amnésique de Pitres. Le calcul élémentaire, la reconnaissance de formes simples sont conservés. L'électro-encéphalogramme était altéré globalement, sans foyer de localisation.

Malgré son aspect atypique, ce malade fut considéré comme une psychose alcoolique. Il décéda brutalement après quinze jours d'hospitalisation et à la suite d'une crise d'allure comitiale.

L'autopsie montre une tumeur comprimant l'hypothalamus antérieur et infiltrant les parois de l'hypothalamus. Il s'agit d'une cavité kystique gauche s'étendant depuis la région préfrontale jusqu'au niveau de la région thalamique. Le kyste siège au niveau de la face interne du lobe préfrontal. Il détruit le corps strié à sa partie antérieure ; reste assez limité dans la substance blanche et ne détruit pas la paroi ventriculaire.

Dans les coupes passant au niveau des 2/3 du thalamus, la cavité détruit cette formation et repousse le corps strié en dehors.

La paroi péri-ventriculaire du III[e] ventricule n'est pas détruite par la tumeur, mais celle-ci détruit les faisceaux à point de départ mamillaire. Les noyaux végétatifs péri-ventriculaires sont intacts, mais on note une gliose importante de la base. La paroi kystique est formée d'un revêtement épidermoïde d'aspect malpighien.

Des syndromes de Korsakoff de ce genre, et en particulier dans les tumeurs du III[e] ventricule, ont été décrits dans la littérature par Claude et Lhermitte, Stertz, Foerster, et pour certains d'entre eux le diagnostic de psychose alcoolique avait été porté.

Mais, en fait, si on a pu supposer que le syndrome de Korsakoff n'était pas entièrement en rapport avec l'existence de la tumeur, il existe des cas indiscutables où l'on trouve l'association tumeur de la région hypothalamique et syndrome korsakowien, en particulier dans le travail récent d'Hécaen et Ajuriaguerra sur « Les troubles mentaux dans les tumeurs intra-craniennes » et dans l'article de ces auteurs avec Sadoun dans l'*Encéphale* (1954).

Du point de vue statistique, ce qui semble se dégager pour ces tumeurs, c'est l'importance de la région méso-diencéphalique pour la production des symptômes que nous avons décrits.

Au point de vue clinique, Foerster et Stertz ont insisté sur la faible activité confabulatoire et onirique, sur le peu d'importance des fausses reconnaissances dans ces tumeurs du III[e] ventricule. Il existe cependant des cas dans lesquels on trouve intégralement l'aspect psychique du Korsakoff.

En conclusion, en présence d'un syndrome de Korsakoff, qui présente une symptomatologie de type pyramidal ou neurologique associée, il faut savoir penser à une tumeur du III[e] ventricule. Dans le cas particulier de la formation kystique qui comprimait le III[e] ventricule de notre malade, une ponction aurait peut-être pu donner lieu à une amélioration de ses troubles, comme on a pu le voir après ponction de cranio-pharyngiome.

Le dosage d'alcool dans le sang est-il le seul critère du résultat des cures anti-alcooliques (*), par M. Jean CARRÈRE, Mme J. NICAISE et M. J.-Ch. MADRE.

Nous avons été amenés à faire pratiquer, sur 16 malade alcooliques traités par nos soins, un dosage d'alcool dans le sang, tous en postcure, sauf pour l'un d'entre eux en cours de traitement, dont la sobriété n'accompagnait guère le climat de semi-liberté du service.

Le choix de nos malades ne fut pas axé sur des préoccupations particulières ; nous avons voulu avoir une opinion précise sur des malades dont le comportement paraissait douteux lors des enquêtes sociales; nous avons aussi contrôlé des malades récemment sortis.

Aucun de nos malades n'a refusé ou hésité à se laisser faire une prise de sang bien qu'il ne fût pas dupe de son but, que nous masquions sous le prétexte de la recherche de l'azotémie. Cet examen fut facilité par l'implantation dans le même bâtiment, au même étage que celui de la consultation, du laboratoire départemental d'analyse du Loiret. Ces examens furent faits par la macrométhode de Cordebard. Un certain nombre de nos éthyliques ne se présentèrent qu'après une deuxième convocation, leur déclarant que leur absence serait considérée comme un signe de rechute ; si tous ne vinrent pas, la plupart de ceux qui se présentèrent alors étaient en rechute, parfois très marquée.

Avant notre prélèvement de sang, nous avions noté les signes cliniques d'imprégnation et ils ne concordèrent pas toujours avec le résultat du dosage. La recherche du tremblement chez un éthylique ou un ancien éthylique ne permet pas toujours de porter un diagnostic

* Nous remercions M. le Docteur Cordier des dosages d'alcool qu'il a bien voulu effectuer au laboratoire départemental d'analyses.

sûr de rechute ou d'abstinence ; c'est ainsi que tel le cas B..., à 2 gr. 125 d'alcool, ne correspondait que peu de tremblement, alors que R..., dont le dosage était négatif, présentait un tremblement marqué, déclaré par lui émotif, que nous considérions intimement comme un signe de rechute ; de même pour deux autres cas (traces d'alcool et néant). Nous avons été étonné du taux élevé de l'alcoolémie de certains sujets compatible avec une certaine syntonie et un travail normal (?).

Le dosage d'alcool dans le sang est un examen qui pourrait être de pratique courante au cours des consultations de post-cure. Nous pourrions en retirer un certain nombre de renseignements utiles sur la qualité de nos guérisons et aussi beaucoup de scepticisme sur le résultat de nos efforts. Il faut évidemment bien penser que le dosage de l'alcool n'indique qu'un moment de la toxicomanie alcoolique, que tel individu sobre aujourd'hui pourra être en rechute dans un avenir prochain ; l'inverse peut en certain cas être vrai. Cette recherche ne doit pas cependant s'accompagner d'attitude moralisante et de sanction coercitive telle que celle visant à une nouvelle hospitalisation du malade ; une attitude compréhensive et la recherche des causes de la rechute avec le malade sont de beaucoup plus rentables ; une attitude coercitive entraînerait d'ailleurs rapidement la fin des consultations de post-cure.

Le dosage d'alcool dans le sang permettrait de jauger aussi la valeur de certains foyers pour anciens buveurs guéris à structure médico-paternaliste, car l'une de nos plus belles rechutes fréquentait un tel foyer, un autre cas allait boire le jus de fruit obligatoire en « sandwich » entre de nombreuses stations aux cafés sur le chemin de l'aller et du retour, où il consommait quelques boissons plus tonifiantes. Il y a en ces cas un trait de caractère curieux et peut-être assez facilement saisissable chez des individus peu capables de se libérer des multiples contraintes subies. C'est aussi une forte pénalisation de certains organismes de la lutte anti-alcoolique. Pour ma part, j'accorde plus d'intérêt aux groupes d'anciens buveurs du type A.A. bien que leur activité n'exclue pas toujours la rechute.

Nous croyons devoir joindre à la communication un tableau résumé de nos seize cas ; il présente en un raccourci éloquent l'ensemble des divers aspects de l'alcoolomanie telle que l'expérience de plusieurs centaines de cas suivis pendant plusieurs années peut la donner. Il ne permet guère, en dépit des apparences, une appréciation des plus optimistes. Notre série de malades doit cependant être considérée sous l'angle particulier de cas difficiles venus souvent se faire traiter contre leur gré et dont l'évolution de certains paraît irrémédiable. Nous avons volontairement omis de discuter les relations névroses et alcoolisme, alcoolisme et dépressions, alcoolisme et psychoses ainsi que le problème de l'assistante sociale spécialisée, ce qui impliquerait de trop longs développements et sortirait de notre propos.

NOMS	TAUX	C	SIGNES D'IMPRÉGNATION ÉTHYLIQUE	CARACTÉRISTIQUES MORBIDES RETENUES
T	2,540	2	Tremblement digital, faciès congestif, moiteur, reconnaît boire un peu.	Dans le passé, deux D.T. post-traumatiques non rattachés à l'éthylisme par le malade. Troisième séjour. Premier séjour (cure Feldman), du 6-4-53 au 14-8-53. D.T. post-traumatique. Rechute 11-12-53. Rechute du 13-8-56 au 15-9-56. Rechute le 17-1-57.
B	2,125	1	Déclare ne pas boire, peu de tremblement, paraît confus.	Deux séjours : 1) D.T. à l'hôpital général ; 2) D.T. à l'hôpital psychiatrique, cure suisse. Rechute quelques mois plus tard. Rechute traitée par sevrage simple en raison de troubles graves de la vue : flou papillaire bilatéral, d'origine circulatoire. Foyer d'anciens buveurs à la sortie. Rechute rapide.
P	1,140		En traitement, bénéficiait de quelque liberté à l'hôpital psychiatrique.	Cinq placements antérieurs + un autre, en rechute lors d'un congé. Une cure de Feldman en 1951. Une cure prolongée récente.
F	1,140	1	Tremblement digital, moiteur, proteste de sa tempérance.	Premier placement : 28-4-56 au 15-8-56. Sevrage simple, scissure moyenne élargie, longue période subfébrile après l'entrée. Sobriété douteuse dès la sortie.
U	0,776	1	Tremblement +++, moiteur, tachycardie, reconnaît boire 1,5 par jour, travaille chez un marchand de vin.	Deux gros traumas craniens sans fractures, quelques idées de suicide, quelques difficultés conjugales. Sortie en août, rechute dès octobre 1956.
D	0,441	1	Tremblement, déclare boire seulement un peu de bière, a repris 7 kg. depuis la sortie.	Quelques difficultés conjugales. A rechuté par entraînement.

J	0,225	1	r.a.s.	Sorti le 23-6-56, rechute en janvier 57. Avait fait un sub-D.T. après accident du travail. Surmenage professionnel à retenir.
D	0,072	2	S'était déjà dérobé à trois convocations antérieures. Tremblement +++, avoue 1 l. par jour de vin.	Sorti le 26-7-56, rechute en mars 1957 puis s'améliore.
B	traces	1	Tremblement digital, moiteur.	Veuvage puis légion étrangère ; remariage 27 ans après le veuvage. Instable professionnel, se fait traiter de crainte de perdre son emploi. Deux D.T. post-traumatiques dans les antécédents. Ivrogne de bistro. Cure de Feldman.
S	traces	1	r.a.s.	Traité en 1955, cure d'apomorphine Feldman. Ex-bourreau familial ; période de guérison puis rechute en mai 1957. Tenté constamment par ses compagnons d'atelier, buvait autrefois 15 pernods par jour.
M	néant	1	r.a.s.	Entré en état aigu. Sortie récente : 2-3-57 ; proteste de sa tempérance. Cure de Feldman.
P	néant	1	r.a.s.	Traité du 16-6-56 au 22-8-56.
R	néant	1	Tremblement +++, déclaré émotif.	Déjà traité en 1950 par séances espacées d'apomorphine (20 séances, du 3-9-50 au 28-11-50). Néphractomie il y a vingt ans. Phases dépressives périodiques. Difficultés matérielles.
N	néant	1	r.a.s.	Traité à cinq reprises depuis 1952. Longues périodes d'abstinence ; vit avec sa famille dans une seule pièce. Travaille régulièrement, rêve qu'il est clochard et qu'il boit. Rechute possible ?
C	néant	1	r.a.s.	Traité à deux reprises, première fois par psychothérapie en 1955. Cure Feldman en 1956. Travaille dur.
D	néant	1	Tremblement peu marqué.	Crises d'agitation violente qualifiées de D.T. il y a dix ans, puis il y a quatre ans et récemment conduit par six gendarmes et la M.P. Apomorphine, travaille régulièrement, tout va bien.

Psychose aiguë post-grippale chez un vieillard,
par Mme Agnès Masson

Nous avons eu dans notre service de Cadillac, il y a quelque temps, un vieillard présentant un court épisode aigu à dominante hypomaniaque, étiqueté avant l'admission démence sénile avec turbulence (« affaiblissement global des facultés intellectuelles », etc.), du fait de l'adjonction d'éléments confusionnels à ses débuts et qui s'est révélé par la suite comme post-grippal et survenu au cours de la convalecence.

Nous n'avions pas eu précédemment d'épisode aigu post-grippal analogue dans nos services antérieurs, et nous n'en avons pas trouvé non plus en explorant, grâce à l'obligeance de collègues, deux autres services d'hôpital psychiatrique.

Les psychoses aiguës post-grippales ne sont pas fréquemment observées dans nos services fermés, et d'autre part, si les psychoses aiguës post-grippales chez le vieillard ont été signalées, nous n'en connaissons pas d'observation publiée. D'où l'intérêt que nous a paru avoir la publication de cette courte observation, intérêt accru par la difficulté de diagnostic qu'avaient rencontrée les premiers médecins traitants.

Nous verrons par ailleurs ensuite comme elle rentre dans un cadre plus vaste, dont l'étude a été seulement amorcée. Cette étude prend un renouveau d'intérêt, à cause de l'importance du diagnostic différentiel, au moment même où la psychiatrie gérontologique prend un nouvel essor s'insérant dans un mouvement d'intérêt général vis-à-vis de la gérontologie et grâce au développement de services spécialisés, qui existent déjà dans certains établissements et dont l'extension a maintes fois été souhaitée.

Observation. — M. All... Eugène, âgé de 74 ans, entré à l'hôpital psychiatrique de Cadillac le 15 mars 1954 et sorti guéri le 5 avril 1954.

Le certificat d'internement indiquait : « Le nommé All... est atteint de troubles mentaux caractérisés par un affaiblissement global des facultés mentales, surtout de la mémoire et de l'auto-critique, se lève la nuit sans raison, jette les plats par terre au moment des repas, tient des propos lubriques ou menaçants. Prétend avoir 40 ans et guérir des troubles par la limonade. Le malade n'est pas dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes et cependant il est dans l'impossibilité de recevoir à domicile ou dans un service hospitalier les soins et la surveillance ; il y a donc lieu de le placer dans un hôpital psychiatrique. » — Dr X..., Bordeaux, le 11-3-54.

Le certificat d'observation au P.O.P. de l'hôpital Saint-André à Bordeaux (par où passent obligatoirement dans la Gironde toutes les admissions, même à titre de « placement volontaire » gratuit, dans les deux hôpitaux psychiatriques du département), indique : « Je soussigné, Dr X..., certifie que le nommé All... Eugène, actuellement hospitalisé dans le pavillon d'observation psychiatrique de l'hôpital Saint-André, est atteint de troubles mentaux

caractérisés par un affaiblissement des facultés intellectuelles, portant principalement sur les facultés logiques et d'auto-critique, avec mauvaise adaptation au réel, petite excitation psychique surajoutée avec euphorie et sentiment d'expansion vaniteuse de sa personnalité, récit de prouesses imaginaires, bavardage diffus, turbulence brouillonne, agitation nocturne désordonnée avec cris, tapage, déambulation ; bouleversement des objets, tentatives de fugue. Ces troubles mentaux ne sont pas de nature à compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes, mais ils exigent des soins et une surveillance qui ne peuvent être assurés dans le milieu familial ni dans un milieu hospitalier ordinaire. En conséquence, j'estime qu'il y a lieu d'autoriser son placement à titre gratuit dans un hôpital psychiatrique. » Bordeaux, 12-3-54.

Le certificat de 24 heures est ainsi libellé : « Présente un état de subexcitation avec légère euphorie, bienveillance, tendance à la plaisanterie ; courtois, expression correcte. Episode aigu ayant succédé à une asthénie post-grippale (grippe suivie d'une congestion pulmonaire légère, puis d'asthénie avec anorexie). Sujet très maigre. Atrophie musculaire sénile. Fond d'affaiblissement global des facultés intellectuelles en rapport avec la sénilité. » Dr Masson, le 16-3-54 (la mention « fond d'affaiblissement global des facultés intellectuelles » avait été mise sur la foi des certificats médicaux antérieurs, que l'on avait cru basés sur les renseignements fournis par la famille ; elle a disparu du certificat de quinzaine).

La femme du malade nous apportait entre temps les renseignements suivants. Son mari avait été hospitalisé précédemment dans le service de médecine générale de Saint-André, sur conseil du médecin traitant, pour un état grippal. Une semaine environ après sa sortie, le malade avait commencé à présenter de légers troubles psychiques, se surajoutant « à une grande faiblesse » consécutive à la grippe, les jambes « ne le portaient plus », elles étaient douloureuses (le malade paraît avoir fait alors des troubles discrets de polynévrite, dont les traces subsistaient lors des premiers examens, sans antécédents alcooliques ni autres signes d'éventuelle intoxication alcoolique ; disparition très rapide au cours du séjour à l'hôpital psychiatrique).

Les troubles psychiques se dissipent rapidement avec le traitement habituel des états confusionnels, désintoxication, réhydratation, etc. Le certificat de quinzaine mentionne : « A présenté avant son admission un épisode aigu léger, en rapport avec une convalescence de grippe à forme toxique chez un vieillard ; les troubles psychiques s'accompagnaient d'une polynévrite toxique. Va bien à la suite du traitement (réhydratation par goutte à goutte de sérum physiologique, rééducation motrice, etc.). Calme, souriant, parfaitement orienté, recommence à marcher. Sa sortie est envisagée à bref délai. Peut être maintenu pour l'achèvement de sa convalescence. » Dr Masson, le 30-3-54.

Le malade sortait parfaitement rétabli quelques jours plus tard. Il a continué pendant un certain temps à nous donner de ses nouvelles, excellentes.

Cette observation répond bien aux caractères des psychoses grippales, ce qui nous a permis de supposer qu'il s'agissait là plus que d'une simple coïncidence.

Dans une étude désormais ancienne, mais toujours valable, Urechia avait indiqué les caractères qui se retrouvent dans notre observation :

1° Pouvant survenir après la disparition de la fièvre, tout comme au cours de la phase initiale, de la période fébrile ou de la défervescence.

2° Les épisodes post-fébriles se rencontrent assez souvent après des formes relativement légères (l'hospitalisation de notre malade avait été conseillée surtout à cause de son âge, de la surveillance cardiaque nécessaire, de l'administration des antibiotiques et aussi de la difficulté qu'avait sa femme, très âgée, de s'occuper de lui nuit et jour).

3° « Le tableau maniaque présente rarement un tableau pur : le plus souvent, il présente de petites phases confusionnelles transitoires... et en général elles se rencontrent surtout dans les formes sans grande fièvre et relativement bénignes » (notre malade avait commencé, d'après les renseignements détaillés fournis par sa femme, par des troubles confusionnels, auxquels se sont rapidement surajoutés des éléments hypomaniaques, à peu près seuls présents lors de l'arrivée à l'hôpital psychiatrique ; les certificats antérieurs paraissent indiquer des éléments oniriques).

4° Leur durée est variable, « de quelques jours à quelques mois..., c'est rare qu'elles passent à la chronicité ».

Urechia indiquait également, mais sans donner d'observations, « qu'elles peuvent se rencontrer chez les vieux » (*Annales médico-psychologiques*, 1933, t. I, p. 455).

Gonzalès signale une démence sénile à la suite d'une infection grippale, mais son cas est unique (*Annales médico-psychologiques*, analyse, t. I, p. 170).

Déjà Rougé avait indiqué (*Annales médico-psychologiques*, 1909, t. I p. 194 et 364, « Psychoses grippales et psychoses catarrhales ») : « Les psychoses grippales de la convalescence revêtent habituellement les formes de la manie et de la mélancolie. » « Comme dans tout état de manie, il y a de l'excitation cérébrale, du désordre des actes et des idées, une agitation qui a souvent nécessité l'internement, des illusions, des hallucinations diverses, quelquefois un état de confusion mentale qui m'a paru compliquer la manie. »

H. Daussy et F. Marc remarquent, après G. Ballet, que la grippe peut réveiller une prédisposition latente et réactiver une psychose maniaque-dépressive (« Réactivations post-grippales de la psychose maniaque-dépressive », *Annales médico-psychologiques*, séance du 23 novembre 1953, p. 667. Une longue bibliographie *in fine*).

C'est l'élément confusionnel qui fait penser, chez un sujet âgé, à l'affaiblissement sénile. Et, certes, le diagnostic est plus aisé lorsqu'on voit le malade à la phase d'excitation, même si elle est encore teintée d'éléments confusionnels.

Les épisodes dépressifs chez le vieillard sont plus fréquents, mieux connus et de diagnostic plus facile, et il n'est pas dans notre intention de les évoquer dans cette communication. Le découragement, l'isole-

ment, la dispersion des êtres chers, l'abandon parfois et parfois aussi le sentiment pénible d'une déchéance sociale qui peut être réelle, en sont des motivations psychologiques dominantes ou accessoires fréquentes ; l'avitaminose fréquente des vieillards isolés, sur laquelle nous avons insisté précédemment, peut être un élément suffisant pour créer une asthénie plus ou moins intense, mais non suffisante en général pour déclencher l'apparition d'éléments confusionnels.

Cependant, quelle que soit la cause, et, dans une certaine mesure, quelle que soit la forme, le problème du diagnostic différentiel des éléments confusionnels relève des mêmes données générales. G. H. Larue et M. Bouchard écrivaient en 1952 : « Il ne faut pas prendre pour de l'affaiblissement intellectuel l'élément confusionnel qui teinte souvent les psychoses des vieillards. » (*Laval médical,* avril 1952).

Le professeur Baruk insistait par ailleurs encore récemment, au congrès de gérontologie de Londres en juillet 1954 (texte anglais dans les comptes rendus du congrès et texte français dans le « Progrès médical », 10-24 avril 1954) : « En effet, le problème du pronostic est un problème des plus difficiles chez les vieillards..., il faut bien se garder de faire trop vite le pronostic de chronicité... Lorsqu'il s'agit de sujets âgés, on pense... beaucoup trop et de façon systématique à la démence sénile... Nous avons eu l'occasion d'observer maintes fois des malades qui présentaient apparemment un tableau de démence sénile et qui, en réalité, n'étaient que des troubles mélancoliques tardifs. » Le professeur Baruk continue en apportant deux observations, dont une intéresse directement cette étude, puisqu'il s'agissait d'un état aigu avec association d'excitation et d'éléments confusionnels (traitement antérieur par hormones testiculaires pour hypertrophie prostatique). Le professeur Baruk insiste justement sur le fait — maintes fois constaté mais insuffisamment décrit — que des éléments confusionnels peuvent aggraver l'apparence d'un affaiblissement sénile réel, qui paraît ainsi régresser lors de l'évolution favorable de l'état aigu surajouté.

Feuillet et ses collaborateurs apportaient tout récemment une statistique de « fausses démences » après l'épreuve du traitement dans un groupe de vieilles femmes hospitalisées.

Il est à noter, en ce qui concerne le vieillard, que, étant donné sa fragilité cérébrale, il suffit parfois d'un apport toxique minime, qui aurait été inoffensif chez un plus jeune, pour déclencher un épisode confusionnel. Ainsi, il nous a été donné de voir dans le service du professeur Baruk, à Saint-Maurice, une malade de 92 ans, chez qui cet appoint toxique avait été constitué par une fracture de l'humérus, ayant déclenché ainsi un épisode d'agitation confusionnelle qui l'avait amenée dans le service de gérontologie, accès s'atténuant à vue d'œil et disparu en quelques jours (Mme W..., entrée le 26 avril 1957 avec le certificat d'admission suivant : « Atteinte il y a six jours d'une fracture de l'humérus, elle devait être transportée ce jour dans une mai-

son de convalescence. Brusquement, pendant le trajet, elle a présenté une crise de confusion mentale avec désorientation dans l'espace et le temps. Elle a été très agitée et a menacé son entourage. » Dr Jean Kohn, 28 avril 1957). Nous avons vu également une autre malade, déjà hospitalisée pour un épisode aigu confuso-délirant (Mme Daub..., âgée de 88 ans, entrée à Saint-Maurice le 23 décembre 1957, sortie depuis) qui, pendant une quinzaine de jours, à partir du surlendemain d'une fracture du fémur, a présenté une exacerbation intense des phénomènes hallucinatoires, rendant pénible, turbulente et en apparence hostile une malade par ailleurs charmante, et qui l'est redevenue depuis.

Discussion

M. P. Lôo. — Le seul reproche qu'on puisse faire à notre collègue est de présenter ce cas comme une singularité.

La grippe, très souvent, cette année en particulier, dont on a signalé la fréquence des formes névraxitiques, a été à l'origine de nombreuses psychoses dont nous nous proposons de vous présenter prochainement une série.

Ce sont de telles constatations, déjà anciennes et nombreuses, qui nous incitent à penser que beaucoup de psychoses ne sont que des encéphalites d'origines diverses, parfois passées inaperçues.

Cette étiologie nous paraît plus souvent imputable que la traditionnelle étiologie constitutionnelle, qui n'est peut-être qu'un terrain prédisposé.

Dans cette perspective, depuis plusieurs années déjà, nous appliquons systématiquement, avant tout traitement, une thérapeutique antibiotique et anti-allergique, à toutes les psychoses entrant dans le service.

Paresse pathologique, coma mortel, fragilité diencéphalique familiale possible, par Mme Agnès Masson

Nous apportons une observation, désormais ancienne, de notre service de Cadillac, laissée en attente pour le cas où un autre cas clinique analogue serait venu la rejoindre, soit à Cadillac même, soit dans un des services dont le matériel clinique a été aimablement mis à notre disposition par des collègues. Il n'en a été rien.

Or, certains éléments de cette observation nous paraissent présenter un intérêt réel, susceptibles même d'un regain d'actualité devant certains problèmes actuels.

Il s'agissait d'un jeune homme, que nous avons trouvé à Cadillac au cours de son deuxième internement, survenu le 1er avril 1952. Il y est décédé le 9 décembre 1954, dans le coma, malgré tous les soins qui lui ont été prodigués. Les analyses faites à Cadillac même par le pharmacien de l'établissement et les analyses encore plus poussées que, à notre demande, il avait fait effectuer à Bordeaux, ont montré l'absence de cause toxique, le coma étant survenu en apparence sans raison.

Les renseignements que nous donnait le lendemain la mère (qui

malheureusement s'est opposée à l'autopsie), nous ont appris qu'un frère du malade, actuellement infirmier, a présenté aux environs de sa 20e année un coma analogue, d'une durée totale d'une dizaine d'heures, survenu également la nuit, et que la tante quinquagénaire des deux jeunes gens, vivant seule, avait été trouvée un matin morte chez elle, près de la fenêtre, vers laquelle on a supposé qu'elle avait essayé de se diriger, mais sans raisons possibles d'intoxication oxycarbonée.

Un long rapport médico-légal — dont nous donnons des extraits plus loin — donne une description assez détaillée de la paresse de notre malade ; si de légers éléments dépressifs ont pu y être surajoutés par moments, cette description répond dans l'ensemble à la présentation que le malade a eu dans le service pendant près de deux ans, sans éléments évolutifs. Les différents certificats auxquels a donné lieu son séjour à Cadillac mentionnent sans grandes variantes, et sa paresse, et ses antécédents médico-légaux.

Avant notre arrivée dans le service, notre malade était resté inactif, refusant obstinément tout travail, mais sa gentillesse l'avait fait maintenir dans le pavillon des travailleurs. Intelligent, il aurait été parfaitement capable d'effectuer un travail artisanal ou d'occuper un de ces semi-emplois « de confiance » donnant, dans un hôpital psychiatrique, des avantages matériels et moraux aux malades qui en sont chargés. Il n'en avait pas voulu. Il maintint ce refus. Un jour, cependant, lors de l'organisation des ateliers d'ergothérapie, à laquelle nous avons procédé dans notre service, on put l'y amener d'abord, l'y intéresser ensuite ; un beau jour il accepta, « pour nous aider », de travailler comme aide de l'unique moniteur chargé de l'atelier de reliure, d'imprimerie et du travail du bois. Il apprit très rapidement la technique de la reliure, et devint un aide précieux, déchargeant en grande partie le moniteur de la surveillance de cet atelier. Il s'occupait avec dévouement et intelligence des « apprentis », parmi lesquels des déments précoces. Calme, poli, patient, sachant bien expliquer, s'occupant moralement d'eux, il était l'aide-moniteur rêvé. Il nous aida, aussi intéressé, à l'établissement du projet d'achat de nouvelles machines pour l'atelier du bois en voie de réorganisation, machines qui étaient commandées presque au lendemain de sa mort et installées quelques mois après.

Mais tout cela ne dura pas. Au bout d'une quinzaine de jours, il s'arrêta : « Vous voyez, j'ai voulu essayer pour vous faire plaisir, j'étais de bonne foi, mais je ne puis continuer. Vraiment, cela ne m'intéresse pas. Ce serait un trop grand sacrifice de continuer, je ne pourrais pas. » Une dizaine de jours après, nous voyant embarrassés, il revint pour quelques jours, mais en nous prévenant que son départ serait cette fois définitif. Il recommença ensuite à consacrer son temps à la lecture, en passant les après-midi dans le parc lorsqu'il faisait beau.

Serviable et discret, il n'avait pas d'ennemis. Vivant cependant à

l'écart, un peu distant par sa politesse même, il n'avait pas non plus d'amis véritables. Son passé de petit médico-légal — connu de certains camarades à la suite d'indiscrétions regrettables — le gênait-il ? il ne s'en est ouvert à personne.

Lorsque nous parlions ensemble de ses difficultés passées, il nous confirmait qu'il n'avait pu choisir un métier « parce que cela ne l'intéressait pas ». Lorsqu'il parlait de son apprentissage de tourneur, il ajoutait : « Mais je n'aurais pu faire cela ma vie durant. » La S.N.C.F. lui avait paru offrir des perspectives moins ingrates ; il pensait y trouver des possibilités d'utilisation variée comme celles de certains agents, permettant d'échapper à l'ennui de la routine d'un métier toujours pareil ; « et puis j'avais voulu passer ce concours, puis j'aurais vu ; peut-être je n'aurais pas été content. ».

La difficulté de sa réinsertion sociale était grande dans ces conditions, le manque d'intérêt pour les différents métiers étant un obstacle plus grand que les antécédents médico-légaux, que nous avons pu faire surmonter pour d'autres malades, même plus chargés. Dans un effort de bonne volonté, il a alors pensé à un rengagement dans l'armée, dont il avait précédemment éliminé l'éventualité lors de l'entretien avec l'expert. Il l'envisageait « sans goût, mais avec moins de dégoût que pour autre chose » : être dirigé, être délivré de tout souci et pouvoir rêver à son aise sans être astreint à une tâche trop précise et trop suivie sur des points limités, c'est ainsi qu'il concevait l'acceptation de la vie militaire, qui lui avait d'ailleurs réussi pendant son adolescence, puisqu'il avait quitté la Marine comme gradé. Il fit alors une demande de rengagement dans son ancien grade. Un médecin militaire compréhensif du centre de Marseille en fit accepter le principe, mais l'arrivée des renseignements judiciaires la fit refuser. Il en fut certes déçu, mais il se consola en se disant qu'au fond ce n'aurait été qu'un pis-aller. C'est là la seule raison qui nous avait fait examiner, sans conviction, la possibilité d'une peu probable tentative de suicide.

Les circonstances de sa mort sont les suivantes : il fut trouvé dans le coma, un matin, lors du lever des malades. Il est décédé au cours de la matinée sans avoir repris connaissance ou du moins sans avoir pu parler. Les renseignements des infirmiers et des autres malades confirmaient une attitude normale lors de la veillée au pavillon (jeux, lecture), et les analyses, très poussées en ce qui concerne le gardénal (le seul toxique qu'il aurait pu se procurer le moins difficilement, en cas de négligences lors de sa distribution auprès d'autres malades), étaient, nous l'avons indiqué, entièrement négatives.

Observation. — Nous donnons des extraits du rapport médico-légal du Dr Labuchelle, médecin-inspecteur adjoint des aliénés de la Gironde, qui complètent les renseignements déjà fournis. « Marc V..., à la suite de scènes violentes avec sa mère, avait été mis en observation pour présomption d'aliénation mentale, sur réquisition d'un commissaire de police, au pavillon

d'observation psychiatrique de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, le 20 mars 1952. Il a été interné d'office le 1er avril 1952 à l'hôpital psychiatrique de Cadillac... Il a été remis en liberté dès le 22 mai 1952, sur les instances, semble-t-il de sa mère, chez laquelle il vivait. Mais cette cohabitation n'a pu durer ; voici, en effet, ce qu'a déclaré sa mère à l enquête : « Depuis plus d'un an, mon fils ne voulait plus travailler et menait une vie insupportable ; il m'a mise dans l'obligation de quitter mon logement. »

Marc V... est âgé de 21 ans. C est un garçon de taille peu élevée (1 m. 62), de corpulence assez chétive, à la physionomie juvénile. L'examen des divers organes, et en particulier de son système nerveux, ne m'a révélé aucun symptôme cliniquement constable de lésions nerveuses. Les réactions sérologiques de la syphilis ont été négatives dans le sang à la prison. Pas de troubles mentaux dans sa famille. On ne signale qu'une diphtérie vers l'âge de 16 ans, guérie sans complications. Pas de crises convulsives dans son passé, ni pertes de connaissance. Pendant le service, il n aurait pas eu de maladies coloniales... Certificat d'études primaires vers 14 ans. Il a ensuite fréquenté pendant onze mois une école d'apprentissage comme apprenti-tourneur et a ensuite abandonné cet apprentissage parce que, m'a-t-il déclaré, « ce métier ne lui plaisait pas ».

A 17 ans, il s'est engagé pour trois ans dans la Marine. Il ne semble pas qu au cours de ces trois ans de service son comportement ait donné lieu à des critiques... Il a été embarqué sur des navires en Indochine et en Tunisie... Je lui ai demandé pourquoi il n'avait pas renouvelé son engagement. « Je n'avais pas l'esprit militaire, m'a-t-il répondu, ça ne me plaisait pas. »

Rentré à Bordeaux, il est allé habiter chez sa mère. Il prétend qu il avait à cette époque environ 200.000 fr. d'économies, qui lui permettaient de vivre un certain temps dans l'oisiveté.

Dès son retour, il se confinait chez sa mère, ne voulait pas sortir, refusait aussi de demander à recevoir des soins. Il ne cherchait pratiquement pas de travail, se contentant parfois d'écrire à des auteurs d'annonces dans les journaux, sans résultat du reste... Cet état de choses amenait avec sa mère de fréquentes discussions...

Il semble, à en juger par les dires de l'inculpé, que ce soit sur la demande de sa mère qu'il ait été remis en liberté dès le 22 mai 1952. Peu de jours après sa sortie, il se serait présenté à un examen d'admission à la S.N.C.F. et aurait été refusé. Depuis, alors, il n'a plus cherché de travail et a vécu oisif dans le logement de sa mère...

Pendant mon examen, Marc V... est resté calme. Sa tenue et son comportement ont été corrects. Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace. Il paraît avoir suffisamment compris le but de la mission que j avais à remplir auprès de lui et que je lui ai expliqué. Ses opérations intellectuelles élémentaires ont été correctes et d'une rapidité normale. Il a bien compris toutes les questions que je lui ai posées et y a fait des réponses appropriées. Son courant de pensée est bien ordonné, on ne relève pas d'incohérence dans ses propos.

Il possède une instruction primaire élémentaire suffisante et qu'il utilise bien pour ses besoins. Sa mémoire est suffisante. Laissant de côté les faits de l'inculpation, il a pu me fournir sur son passé, sa famille, ses diverses occupations, des renseignements qui se sont avérés exacts quand j'ai pu les contrôler. Il y a lieu toutefois de remarquer que, d'une façon générale, ses souvenirs, s'ils sont exacts, sont peu détaillés, squelettiques en quelque sorte,

qu'ils sont particulièrement peu abondants en ce qui concerne les autres personnes, notamment les membres de sa famille, et que, même en ce qui le concerne personnellement, ses souvenirs sont vagues en ce qui concerne les événements survenus depuis son retour du service militaire... Ses facultés syllogistiques élémentaires sont suffisantes, mais ses facultés logiques plus élevées sont nettement déficientes et présentent un caractère de puérilisme évident. Il ne se sent jamais en faute, n'admet pas le caractère critiquable de son comportement depuis son retour chez lui. Il se montre à ce point de vue d'une rigidité psychique absolue et ne modifie jamais ses conceptions et ses appréciations sous l'influence du raisonnement d'autrui... A travers tout son examen, ses tendances et ses désirs apparaissent essentiellement vagues, imprécis, inconsistants, sans rapport avec la réalité, sans utilité pratique, réduits à des velléités mobiles dont il ne tente pas en réalité de parfaire l'exécution. Il exprime souvent un sentiment pénible de frustration, d'inadaptation aux réalités, de préjudice social, de découragement devant l'effort, dont il ne justifie le fondement par aucun argument... Il ne manifeste aucun regret des discussions qu'il reconnaît avoir eues avec sa mère pour des motifs qu'il qualifie de « bagatelles »...

Il trouve du reste tout naturel son confinement et son inertie... Quant à son travail, il estime qu'en écrivant à quelques annonces à des journaux, il avait fait le maximum d'efforts possibles pour en trouver. Son échec à l'admission à la S.N.C.F. est considéré par lui comme une cause d'effondrement de tout espoir et d'abandon de tout nouvel effort. « Après mon échec à la S.N.C.F., dit-il, je n'ai plus cherché du travail... C'était la dernière tentative que je faisais... J'étais découragé... J'avais écrit à toutes les administrations, à l'office du travail. Seule la S.N.C.F. avait répondu. Je n'avais plus envie de travailler. Je n'avais envie de rien faire... J'étais las, j'en avais assez..., je restais chez moi..., je ne souffrais pas, je n'étais pas malade. Je dormais et je mangeais normalement ; je ne buvais pas. J'écoutais le poste de T.S.F. Je lisais. J'ai lu la Bible pendant assez longtemps ; puis des « Sélections », etc. Je bricolais. »

Quand je lui ai demandé s'il n'avait pas pensé que cette existence d'oisiveté ne pourrait pas toujours durer, il m'a répondu : « Je ne pensais pas à ce que je ferais quand mes économies seraient épuisées. Je me disais que, quand elles seraient épuisées, il serait temps de trouver autre chose. »

En ce qui concerne les faits qui lui sont reprochés, Marc V... adopte deux attitudes, nettement opposées selon qu'il s'agit des faits connus prouvés pour lesquels il a été condamné le 17 avril 1952 et les faits nouveaux ayant motivé l'ouverture d'une nouvelle information. En ce qui concerne les faits de la première catégorie, il les reconnaît sans réticence et s'en explique sans gêne apparente. Il m'a expliqué en détail qu'à partir du 25 mars 1952 il s'est rendu cinq fois pendant la nuit dans un bâtiment du terrain des sports de la S.N.C.F... En ce qui concerne tous les autres faits constituant la nouvelle inculpation, il les nie tous en bloc, sauf le vol de courant au moyen d'une dérivation établie par lui dans sa cave.

...En ce qui concerne les mobiles des vols, du moins ceux qu'il reconnaît, il n'en reconnaît qu'un seul : il n'avait plus d'argent. En réponse à de nombreuses questions et objections qu'il a formulées, il m'a exprimé une théorie bien nette de la légitimité de son comportement, que je puis résumer de la façon suivante : « Il n'avait plus envie de travailler. Il ne voulait plus travailler (l'expression est de lui). Il était las de chercher du travail depuis qu'il avait été refusé à la S.N.C.F. Ayant besoin d'argent pour vivre et ne

« voulant » pas travailler, il n'avait pas d'autre moyen pour s'en procurer que ceux qu'il a employés. »

...(il présente) un sentiment d'asthénie morale et de découragement avec répugnance à l'effort, s'accompagnant d'un sentiment d'injustice et de frustrations sociales, sans aucune base délirante à tendance revendicatrice et une perversion du sens moral aboutissant chez lui à la conclusion qu'il est légitime pour lui de se procurer des ressources par des moyens délictueux puisqu'il ne peut pas s'en procurer par des moyens normaux qu'il est incapable de mettre en œuvre.

La description contenue dans cette expertise correspond, à peu de détails près, aux constatations que nous avons pu faire au cours d'une longue période d'observation. Il est par ailleurs probable que de légers éléments dépressifs, peut-être simplement réactionnels, à une situation un peu difficile, se soient superposés à des éléments permanents, soit au moment de l'expertise, soit au cours de la période qui l'a immédiatement précédée. Mais ce qui restait comme élément permanent et n'ayant pas d'allure dépressive, c'était un certain degré de désintérêt affectif à l'égard de ce qui l'entoure, mais sans caractère évolutif.

Ce malade était ainsi pratiquement depuis toujours, et ses réactions vis-à-vis du problème du travail ne différaient pas sensiblement au lendemain de la fin de la scolarité, après son retour de l'armée ou pendant son séjour à Bordeaux ou à l'hôpital psychiatrique. Il faut ajouter que le fait d'avoir été élevé surtout par une femme et celui d'avoir vécu en milieu fermé (Marine) pendant les années de formation de l'adolescence, n'a pu qu'aggraver cet état de choses, le privant d'une partie au moins des correctifs de l'expérience vitale.

Il est à noter que sa paresse pathologique revêtait, en quelque sorte, un caractère social. Si ce garçon, serviable et courtois, à l'allure presque timide, avait vécu dans une classe sociale, à une époque et dans des conditions lui permettant une agréable oisiveté, nul n'aurait songé à lui trouver rien d'anormal.

Quelles étaient, par ailleurs, s'il y en avait, les raisons neurologiques qui pouvaient éventuellement expliquer cette modalité particulière d'être ? Ces raisons peuvent-elles être mises en rapport avec sa fin prématurée ? Quel est le lien entre le coma mortel de notre malade et le coma grave mais sans lendemain de son frère, survenu à peu près au même âge ? Y a-t-il enfin un rapport entre ces deux faits et le décès de leur tante ? N'y a-t-il pas au moins un caractère de fragilité cérébrale, peut-être localisée, et qui a pu revêtir un caractère familial?

Nous avons vu d'autres exemples, moins frappants, mais sur lesquels nous envisageons de revenir ultérieurement — surtout dans l'ascendance de certains schizophrènes — modalités neuro-végétatives paternelles et maternelles, pouvant s'aggraver dans une double hérédité, se retrouvant chez le fils ou la fille, et dont nous avons pu nous demander dans quelle mesure elles ne créaient pas, chez certains malades, des conditions de moindre résistance.

Lors d'une de nos dernières séances, des collègues nous rappelaient ici-même, au sujet de troubles extra-pyramidaux d'origine médicamenteuse, « l'hypothèse, déjà souvent émise, d'une prédisposition individuelle, le traitement neuroleptique pouvant avoir sensibilisé et rendu manifeste une atteinte extra-pyramidale latente » (Frey et collaborateurs), affirmation que nous avons relevée d'autant plus volontiers que nous avions vu un cas analogue à celui qu'ils ont apporté (crises oculogyres) survenu dans des conditions analogues (serpasil + largactil) chez un schizophrène dont le père et la mère, tout en étant normaux, sont ce qu'on pourrait appeler des « diencéphaliques » ou au moins des « végétatifs » (troubles vaso-moteurs intenses s'associant à un certain degré d'impulsivité chez eux assez bien contenue, troubles sudoraux, etc.), qui se retrouvent chez leur fils, de telle sorte que, à côté de phénomènes évolutifs nettement pathologiques, à côté des fragilisations dues à des atteintes diverses uniques ou répétées (états pathologiques légers, gros chocs émotifs ou même simples états de souffrance prolongés tels que nous les avons décrits sous le nom d'états réactionnels, etc.), paraissent exister des fragilités que l'on aurait pu jadis être tenté d'appeler constitutionnelles et qui attiraient à nouveau l'attention de certains auteurs. Elles paraissent susceptibles même de revêtir une allure familiale, et à caractère éventuellement localisé : troubles neuro-végétatifs, ou bien troubles de l'activité, ou bien troubles de l'affectivité, etc., ou association de certains de ces troubles — je me propose d'ailleurs de revenir très prochainement sur ce problème. Notre premier malade présentait, avec de gros troubles de l'activité, aussi des troubles légers de l'affectivité et même, à un degré bien moindre, du contact. Notre deuxième malade pourrait éventuellement présenter, dans le cadre de ces hypothèses, une fragilité neuro-végétative familiale, s'associant à une éventuelle fragilité extra-pyramidale qui ne s'est révélée que dans des conditions favorables ou dont il n'est par conséquent pas possible de savoir si elle n'aurait pas également un caractère familial.

Sur quelques essais d'application du 7044 R.P. dans un pavillon d'enfants déficients, par MM. H. Faure, M.-L. Faure, M. Fournier et J.-P. Eppe.

Le 7044 R.P. a fait, jusqu'ici, à notre connaissance, l'objet de trois communications récentes :

Sigwald et ses collaborateurs (1), présentèrent pour la première fois le produit à la *Presse médicale* en décembre 1956.

Plus récemment, en juin dernier, un nouvel article de la *Presse*

(1) Sigwald (J.), Henne (M.), Bouttier (D.), Raymondeaud (Cl.), Quetin (A.) : Activité d'une nouvelle phénothiazine en psychiatrie et en neurologie. *La Presse Médicale*, 1956, 64, n° 87, 2011-2014.

médicale exposait les résultats obtenus dans le service de Mlle A. Deschamps à Fleury-les-Aubrais (2).

Enfin, à la précédente séance de la Société médico-psychologique, Lambert rapportait les conclusions des essais thérapeutiques effectués par un important groupe de nos collègues (3).

Aucun des auteurs précédents n'a fait mention de l'administration du 7044 R.P. à des enfants. Comme nous avons pu utiliser nous-mêmes ce produit dans un pavillon d'enfants à l'hôpital psychiatrique de Bonneval, sinon sur une large échelle, au moins dans des conditions d'observation clinique assez minutieuses, nous donnerons ici un court bilan de nos constatations. Compte tenu des caractéristiques de la population observée (il s'agit d'enfants pour la plupart déficients, partiellement inéducables, dont certains n'ont même pas le niveau du langage articulé), ce ne sont évidemment pas les résultats thérapeutiques de grande envergure qui seront analysés ici, mais essentiellement les modalités d'application du produit, la tolérance de ces enfants au 7044 R.P., et les effets immédiatement observables.

Cette étude a été conduite de la façon suivante : douze enfants ont été choisis parmi les plus turbulents, les plus instables, les plus bruyants. Comme bien avant cette tentative ces enfants avaient été traités par barbituriques, largactil, réserpine, etc..., nous avons appliqué le nouveau produit à ceux chez lesquels on avait observé jusque-là les moins bons résultats.

Le 7044 R.P. mis à notre disposition se présentait sous forme de solution dont chaque goutte représente 1 mgr. de produit actif, et sous forme d'ampoules injectables dosées à 25 mgr. pour 1 cc. L'utilisation en a été faite délibérément à la façon d'un tâtonnement expérimental, c'est-à-dire que les doses ont été données, soit d'emblée, soit progressivement ; elles ont été, tantôt augmentées, tantôt diminuées, tantôt suspendues, tantôt renouvelées dans des conditions homologues, afin de permettre une assez vaste gamme de constatations.

1) Le premier fait marquant sur lequel nous croyons devoir insister — peut-être le fait le plus nouveau en ce qui concerne les caractéristiques de ce nouveau dérivé de la phénothiazine — est l'extrême sensibilité des enfants au 7044 R.P.

Sigwald et ses collaborateurs avaient indiqué qu'en moyenne « la dose pondérale du 7044 R.P. peut être inférieure d'un tiers à celle de la chlorpromazine » (tout en précisant d'ailleurs que l'efficacité de la voie intra-musculaire semblait deux fois plus intense que l'efficacité de l'administration par voie orale) ; et ces auteurs ont appliqué

(2) Deschamps (A.) et Madre (J.) : Traitement en psychiatrie par un nouveau neuroleptique (7044 R.P.). Quelques résultats. *La Presse Médicale*, 1957, 65, n° 46, 1071-1074.

(3) Lambert (P.-A.), Beaujard (M.), Achaintre (A.), Broussolle (P.), Berthier (C.), Balvet (P.), Revol (L.), Perrin (J.), Requet (A.) : Essais thérapeutiques d'un nouveau dérivé de la phénothiazine. *Société médico-psychologique*, 24 juin 1957.

à leurs malades adultes jusqu'à 400 et 500 mgr. de 7044 R.P. par jour. Mlle Deschamps, elle, parle seulement de 250 mgr. par jour. Lambert et ses collègues, par contre, disent avoir donné jusqu'à 800 mgr. par jour.

Or, en ce qui nous concerne, nous pouvons rapporter l'observation d'un enfant de 10 ans, très robuste (poids 28 kg., taille 1 m. 33), qui reçut une injection intra-musculaire de 25 mgr. et présenta, trois heures plus tard, une syncope brutale, profonde, avec pâleur intense, décoloration des muqueuses, pouls cliniquement absent, tension artérielle insaisissable, amplitude respiratoire invisible. Cet état syncopal dura cinq à six minutes, l'enfant reprenant petit à petit ses différentes fonctions végétatives pour tomber dans un sommeil profond, dont il s'éveilla seulement quatre heures plus tard. Et cependant, cet enfant avait très bien supporté, depuis six mois, la dose journalière de 125 mgr. de largactil, associé à 0,10 de gardénal.

L'administration du 7044 R.P. fut reprise avec prudence, pendant les jours suivants, par voie buccale, jusqu'à un seuil de 36 mgr. *per os*, qui sembla ne pas pouvoir être dépassé sans courir le risque d'un nouvel effondrement syncopal. Même lorsque l'enfant fut habitué à la médication-gouttes, l'injection intra-musculaire de 2/3 d'ampoule, soit 16 à 18 mgr., le portait à la limite de la syncope (en position de décubitus strict cependant).

La même sensibilité fut observée chez tous nos enfants ; et nous n'avons jamais cru pouvoir, sur ce petit groupe de sujets de moins de 13 ans, dépasser la dose de 40 mgr. par jour. Soulignons qu'il s'agit d'enfants pour la plupart mal constitués, mal développés, qui peuvent, de ce fait, présenter vis-à-vis du produit neuroleptique une plus grande sensibilité que les enfants normaux.

2) Le second fait marquant est la latence des effets du 7044 R.P. Que l'ingestion soit réalisée par voie orale, que l'application soit faite par voie intra-musculaire, il nous est apparu que l'introduction du produit dans l'organisme restait cliniquement sans effet pendant trois heures environ. Puis survient brusquement la tendance lipothymique, ou l'envie de dormir impérative. Il est ainsi possible de provoquer, de façon quasi-expérimentale, un sommeil différé ou une inhibition qui survient comme « à retardement », selon une précision horaire que l'on peut, par tâtonnement, anticiper.

Citons pour exemple des enfants de 9 à 10 ans, de taille et de poids normaux pour leur âge, recevant le matin à 9 h. 1/2 15 à 25 mgr. de 7044 R.P. par voie orale. La matinée se passe sans que l'instabilité psychomotrice ne soit modifiée ; puis la sédation survient progressivement lors du repas pris à 11 h. 1/2 ; enfin, au décours du repas, ces enfants demandent eux-mêmes à s'étendre sur leur lit pour la sieste et s'endorment d'un sommeil calme et léger pendant une demi-heure ou une heure (1).

(1) Nous avons contrôlé à l'E.E.G. cette latence des effets du 7044 R.P. Voici le protocole d'un enfant de 10 ans auquel fut administrée, un matin à 9 h. 30, une dose de 20 mg. de produit, par voie orale.

Au début de l'observation, l'E.E.G. montre un rythme alpha médiocre de 9 c./s.,

Autre exemple :

Nous avons observé un enfant de 4 ans (poids 18 kg. 400, taille 0 m. 92) qui, au premier tiers de chaque nuit, vers 23 h. 30, se mettait à crier et à pleurer de façon stéréotypée pendant une heure environ. L'ingestion de 5 mgr. de 7044 R.P. seulement, le soir au coucher à 20 heures, a amené la suppression complète, quasi-mécanique, du paroxysme anxieux nocturne. La suspension du médicament s'accompagne du retour des cris et pleurs de la nuit ; la reprise de la médication entraîne chaque fois, de façon expérimentale, la sédation et le calme du sommeil.

3) Le troisième fait marquant concerne les effets hypnotiques du 7044 R.P.

Ces effets sont très marqués et permettent d'obtenir, avec des doses relativement faibles, un sommeil nocturne harmonieux et continu chez des sujets qui, jusque-là, troublaient le dortoir : soit par des cris et pleurs au cours d'éveils intermittents ; soit par des frappements de mains avec balancement et onomatopées stéréotypées propres aux oligophrènes profonds.

En ce qui concerne le sommeil de la sieste, on observe que, lorsque l'on augmente les doses ingérées le matin à 9 h. 1/2, il y a un envahissement progressif de toute l'après-midi par le sommeil ou la somnolence profonde. Lorsque, au contraire, on divise la dose fortement hypnotique en deux prises, dont l'une est administrée le matin et l'autre le soir au coucher, on constate que, au sortir du sommeil, les enfants, jusque-là turbulents, instables, incapables d'activités motrices coordonnées, bénéficient d'un état vigile compatible avec des activités de jeu ou de rééducation.

4) Le quatrième fait marquant est donc le suivant : le 7044 R.P. provoque, chez l'enfant, une sédation de l'incoordination psychomotrice, qui permet d'approcher la personnalité sous-jacente.

Citons deux exemples caractéristiques :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de 10 ans, pupille d'assistance publique, qui depuis plusieurs mois n'avait pu être maintenu dans le groupe d'activités scolaires du service, à cause de son inefficience totale, de

entrecoupé de rares rythmes thêta à 6 c./s., de plus grande amplitude. Bonne réaction d'arrêt oculaire. Légère multiplication des rythmes lents à l'hyperpnée.

Une heure et demie après l'ingestion du médicament, le rythme alpha reste inchangé mais les rythmes à 6 c./s. sont plus fréquents. L'hyperpnée augmente nettement l'amplitude du tracé sur toutes les dérivations.

Deux heures et demie après le début de l'observation, le rythme de base est très amplifié. L'hyperpnée accentue encore l'amplitude du tracé.

Après trois heures, soit entre 12 h. 30 et 13 h., le sujet est somnolent, bâille, a des difficultés pour ouvrir les yeux ; le rythme alpha est rare ; par contre, les ondes thêta de grande amplitude sont de plus en plus nombreuses et s'observent sur toutes les dérivations. Le tracé de sommeil complet n'est pas obtenu, compte tenu vraisemblablement des facteurs émotifs dus à la longue séance expérimentale à laquelle est soumis l'enfant. Mais celui-ci, de retour à son lit, s'endort immédiatement et reste endormi pendant une heure.

son activité désordonnée et de son impossibilité à « tenir en place ». Cet enfant était un insuccès franc du largactil, qui augmentait paradoxalement son instabilité psychomotrice. Il n'avait pas pu être testé et son niveau mental restait encore indéfini. Après une semaine de traitement par des doses minimes et progressives de 7044 R.P. (passant de 3 mgr. le premier jour à 8 mgr. le septième jour), l'enfant fut transformé : jamais il n'avait été connu aussi calme et docile par les infirmières du service. Après trois semaines de traitement, il était adapté en classe, commençait avec goût l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Il a pu être testé, son quotient intellectuel au Terman est de 0,67, sa performance au Passalong de l'échelle d'Alexander est supérieure à la moyenne. Dans les activités ménagères et les jeux il est sociable, serviable, affectueux. La rééducation peut se poursuivre dans ces conditions depuis plus de deux mois et demi, le traitement d'entretien oscillant autour de 15 mgr. par jour, le malade tendant à nouveau à l'instabilité motrice si l'on diminue cette dose.

Dans le second cas, il s'agit d'un autre enfant de 10 ans ; hospitalisé pour comportement pré-psychotique : bizarreries d'attitudes, agitation désordonnée, grimaces, maniérisme, parasitisme mimique, mouvements « en battement d'ailes » avec les mains et les avant-bras, mutisme, négativisme, écholalies, réactions de fuite ; longs moments de prostration accroupi sous une table ou derrière une porte, les poings obturant obstinément les yeux. La médication, par doses progressives, atteint 16 mgr. par jour à la fin de la deuxième semaine de traitement. Dès lors, l'enfant rectifie peu à peu son comportement, s'intéresse aux personnes et aux objets, entreprend spontanément et pour la première fois la construction d'un puzzle représentant la carte de France ; à l'étonnement des infirmières, il réussit de façon parfaite l'agencement des formes et des couleurs. La médication est poursuivie alternativement par voie intra-musculaire et par voie orale. L'enfant est devenu capable, depuis trois mois, d'un véritable contact social, demande à venir au bureau du médecin en entretien individuel, a réalisé un assemblage parfaitement structuré du test du village, accepte de dessiner, se prête à l'investigation psychothérapique qui a pu être ainsi enfin amorcée.

5) Le cinquième fait marquant semble être la sédation de l'anxiété permise par le 7044 R.P.

L'observation précédente était déjà assez significative de ce fait. Voici une observation plus nette encore. Elle concerne un enfant de 10 ans, pupille de l'assistance publique, d'intelligence normale, mais d'une agressivité caractérielle telle qu'aucune solution d'adaptation n'a pu être trouvée pour lui hors de l'hôpital psychiatrique : indiscipliné, batailleur, cassant volontairement les carreaux, blessant son entourage à coups de pieds, essayant une fois de mutiler un de ses camarades à la racine de la verge en le coupant avec un morceau de métal, se roulant à terre en poussant des cris de bête pour attirer l'attention, etc... Un traitement de deux mois par 7044 R.P. à la dose de 20 mgr. par jour amena une rectification complète du comportement, permit une bonne réadaptation à l'ambiance sociale du service, avec des progrès sensibles et rapides dans la section scolaire. C'est alors que cet enfant de 10 ans, pupille de l'assistance, fut soumis à l'une des stimulations les plus anxiogènes qui puissent être provoquées chez un enfant de

cette catégorie ; les circonstances firent que son père et sa mère s'intéressèrent à nouveau à lui, obtinrent du directeur de la population l'autorisation de lui écrire ; puis son père vint le voir. Or, l'enfant avait été abandonné alors qu'il avait 5 ans ; il n'avait aucune nouvelle de sa famille, et en conservait des souvenirs essentiellement traumatisants (alcoolisme, scènes de violence et de prostitution). Le garçon, toujours sous médication par 20 mgr. journaliers de 7044 R.P., développa une tension affective et anxieuse considérable avant la visite de son père, pendant cette visite, et durant les jours suivants ; or cette tension — contrairement à toute attente — fut parfaitement contrôlée, et l'enfant se maintint dans les normes d'un comportement tout à fait harmonieux. Cependant, l'effervescence psycho-affective sous-jacente fut objectivée par les tests de projection. Aux planches du C.A.T., par exemple, présentées au lendemain de la visite de son père, l'essentiel du protocole évoque une hostilité familiale et un désarroi qu'on ne peut mieux exprimer qu'en transcrivant certaines réponses du sujet :

« La Maman poule, là... les petits lui disent : Va-t'en ! il y en a un qui va la taper avec sa cuiller... elle, elle va lui foutre un coup de bec... elle veut manger tout ce qu'il y a dans la marmitte, alors les petits y vont la tuer et la manger... »

« Là il y a la Maman Kangooroo... là il y a des chasseurs... ils vont la tuer... puis ils tueront le petit et l'autre... »

« La Maman ours et le papa ours et puis le petit y vont aller se promener dans les bois... y vont se faire manger par des bêtes féroces... par des éléphants et des mamouths. Avec leurs trompes y vont les mettre dans leur bouche... y leur mangeront la tête, les bras, les jambes, la queue... les rhinocéros avec leur corne y vont faire clac ! contre le ventre de la maman ours. »

« Y a le grand singe y dit au petit : Va-t'en... il lui fout la fessée... et l'autre lui dit : Jette-lui un coup de pied... »

« Le petit chien il va mordre la Maman chien... y vont se battre... y va mordre, le petit... la maman chien va le prendre dans sa gueule et vouloir le jeter... le petit, y crie et y griffe... »

On peut imaginer quelles réactions auraient été celles de cet enfant, au cours et au décours de la rencontre avec son père, s'il n'avait pas, lors de cette période, bénéficié d'un traitement réellement efficace contre l'anxiété. Dans le cas présent, le 7044 R.P. semble avoir constitué un véritable écran à l'angoisse ; et c'est en psychothérapie que les élaborations anxieuses ont pu être obtenues et orientées.

***

Pour schématiser maintenant les constatations ayant trait à la tolérance de nos enfants au produit, nous dirons (rappelons que nous n'avons pas administré plus de 40 mgr. par jour, et que les délais d'application n'ont pas excédé trois mois) :

La tension artérielle chute progressivement jusqu'à 8/5-7/4, puis se stabilise spontanément vers la fin de la première semaine.

Le pouls augmente progressivement jusqu'à 110-115, puis redescend spontanément après la première quinzaine et se stabilise autour de 90.

Les modifications des réflexes ostéo-tendineux n'ont pu être appréciées, compte tenu des perturbations psycho-motrices dont étaient grevés au départ certains sujets observés.

Par contre, les réactions pupillaires à la lumière sont devenues chez tous les sujets imprégnés par le 7044 R.P. remarquablement paresseuses.

Nous n'avons constaté ni recrudescence, ni diminution de l'énurésie.

Aucun trouble d'intolérance cutanée ou d'érythème solaire n'a été observé.

Au point de vue digestif, huit enfants ont présenté pendant les premiers jours d'administration une diarrhée sans température et sans ictère, mais parfois accompagnée de vomissements. Lorsque nous avons expérimentalement cessé l'administration du produit après les premiers jours, la diarrhée a cessé aussi, pour reprendre lorsque le médicament était donné à nouveau. Mais une tolérance digestive spontanée semble s'établir en moins d'une semaine. Nous avons cependant dû cesser l'application du 7044 RP. à un enfant de 4 ans, déjà intolérant par ailleurs au largactil, qui déclenchait chez lui le même syndrome d'entérocolite que le 7044 R.P.

Pour reparler enfin des effets dépresseurs du médicament, sur le plan cardio-vasculaire, il apparaît bien que l'hypotension n'est pas seulement orthostatique, car même chez les sujets maintenus au lit, l'administration par voie injectable de doses modérées est susceptible de déclencher des tendances syncopales.

En résumé, reprenant ici deux des caractéristiques les plus importantes du 7044 R.P., pour anticiper peut-être sur leur utilisation en psychiatrie infantile, nous soulignerons à nouveau la sensibilité particulière de l'enfant au 7044 R.P. — observation qui fait écho aux constatations de Lambert et ses collègues en ce qui concerne la sensibilité de l'organisme du vieillard vis-à-vis du produit — et l'intensité de l'action hypnotique qui, gênante parfois chez l'adulte, peut être au contraire très appréciable chez les jeunes malades.

La séance est levée à 18 heures 50.

Le secrétaire des séances :

G. Teulié.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 4 mars 1957

Lobotomie préfrontale sélective par cingulotractomie, par MM. R. Messimy et Y. Le Besnerais

Exposé de la technique destinée à sectionner les voies de projection thalamo-frontales en prenant comme repaire le genou du corps calleux. Deux cas de douleurs irréductibles ainsi traitées (trois figures).

Syndrome neurologique d'évolution subaiguë rappelant la sclérose latérale amyotrophique traitée avec succès par des injections intrarachidiennes d'hydrocortisone, par MM. R. Cochemé et J. Morice.

Observation d'une affection médullaire d'origine imprécise et d'évolution subaiguë, dont le tableau clinique rappelle celui des scléroses latérales amyotrophiques à évolution rapide. Modification spectaculaire de l'affection par la thérapeutique cortisonique.

Astrocytome frontal : crises jacksoniennes homolatérales. Paralysies linguale et pharyngo-vélo-palatine, par MM. J. Boudouresques, J. Bonnal et M. Gazaix.

Malade de 22 ans présentant une hémiparésie gauche et des paralysies linguale et pharyngo-vélo-palatine. L'intervention conduit à un volumineux astrocytome droit s'étendant du cortex vers les noyaux gris centraux. Comme suites opératoires, aggravation de l'hémiparésie gauche mais disparition de l'atteinte des nerfs craniens. Comment expliquer cette souffrance des nerfs craniens ? La régression complète des paralysies plaide en faveur d'une origine mécanique qui s'exerce sur ces nerfs dans leur trajet dans la fosse postérieure.

Sur l'existence de troubles sensitifs et sensoriels au cours de la myasthénie, par MM. Th. Alajouanine, P. Castaigne, J. Nick et F. Lhermitte.

Chez quatre malades atteints de myasthénie grave, les auteurs ont observé l'agueusie deux fois et des troubles déficitaires dans le territoire d'un tri-

jumeau deux fois. Les troubles sensitifs et sensoriels ont accompagné le début de la première poussée de myasthénie ; ils ont réagi à la prostigmine.

Discussion. — M. Mollaret cite le cas d'une jeune fille de 28 ans, atteinte de myasthénie, chez laquelle on nota un hémisyndrome sensitif avec troubles de la déglutition, diplégie faciale, et une paralysie respiratoire.

Hémiatrophie faciale progressive avec atrophie mammaire et atrophie musculaire du membre supérieur du même côté et atrophie musculaire du membre inférieur du côté opposé, par MM. Th. Alajouanine, P. Castaigne et A. Bugé.

La particularité de cette rare observation réside dans l'extension du processus atrophique hors du territoire facial. L'atteinte du membre supérieur et du tronc siège du même côté que l'atrophie faciale, mais c'est le membre inférieur du côté opposé qui est touché. Aucune explication satisfaisante ne peut être donnée à ce syndrome, dont les éléments paraissent liés par un processus physiopathologique commun.

Hémorragie méso-diencéphalique avec troubles de la conscience et coma terminal, par MM. M. Riser, J. Géraud, A. Rascol et P. Valdiguié.

Chez une femme de 58 ans, troubles de la conscience associés à des éléments de confusion stuporeuse et à du mutisme akynétique. A l'autopsie, hémorragie récente occupant toute la zone environnant l'aqueduc de Sylvius, la totalité de la calotte des deux pédoncules et de la calotte protubérantielle (quatre figures).

Un cas de spina bifida occulta avec myélodysplasie,
par MM. A. Grossiord, G. Guiot, J.-P. Held et P. Laplane

Observation concernant un sujet de 27 ans, qui présente un syndrome de la queue de cheval d'évolution lente. L'exploration opératoire a révélé que la moelle descendait à un niveau anormalement bas et que le seul témoin du rachischisis consistait en une fente qui était visible radiologiquement. Absence de tumeur, dure-mère fermée, particularisent ce cas.

L. Marchand.

Séance du 4 avril 1957

Troubles de l'appétit et rhinencéphale. A propos plus particulièrement d'un cas régressif d'obésité par hyperphagie, consécutif à une lobectomie temporale pour épilepsie, par MM. Th. Alajouanine, R. Villey, J. Nehlil et R. Houdart.

Sur 16 lobectomies temporales unilatérales pour épilepsie, les auteurs ont observé dans six cas une modification du comportement alimentaire. Les troubles peuvent revêtir le type d'une anorexie transitoire. Dans d'autres

cas, il s'agit d'une boulimie durable génératrice d'obésité. Cette obésité ne peut être superposée à l'obésité hypothalamique bien que les interrelations hypothalamiques permettent d'en mieux comprendre le mécanisme.

Contributions à l'étude de l'absence du signe de Babinski dans certaines paraplegies spasmodiques. Causes et conséquences, par MM. A. Grossiord et M.-F. Kahn.

Le réflexe cutané plantaire peut se faire en flexion ou être indifférent chez les malades spastiques. Présentation de huit observations. La réalité d'atteintes nerveuses périphériques chez des paraplégiques spasmodiques semble indiscutable : lésions du sciatique ou de ses branches, compression prolongée du col du péroné, complications auxquelles sont exposés ces malades.

Accès confusionnel de longue durée et décharge épileptique temporale au cours d'une paralysie générale, par MM. P. Passouant, N. Duc, J. Cadilhac et J. Minvielle.

Observation d'une malade atteinte de paralysie générale chez laquelle on note la fréquence des manifestations épileptiques et leur relation avec des accès confusionnels qui deux fois sont consécutifs à une crise convulsive. Un troisième accès confusionnel n'est pas précédé de manifestations convulsives et est associé durant tout son déroulement à une crise électrique temporale.

Migraines anachlorhydriques. Leur traitement par le chlorure d'ammonium, considérations pathogéniques, par MM. E. Wolinetz et J.-P. Godart.

Le chlorure d'ammonium à doses de 3 à 5 gr. par jour sous forme de comprimés glutinés est donné comme action préventive pendant plusieurs mois. Dans 37 cas, disparition des migraines invétérées, qui survenaient au rythme de plus de trois par mois. Dans 76 cas moins démonstratifs, 8 échecs. Dans 17 cas ne comprenant ni des migraineux, ni des céphalalgiques, 11 échecs et 6 succès. Tentative d'explication de la thérapeutique ammonio-chlorurée chez les migraineux présentant un syndrome anachlorhydrique paroxystique.

Technique personnelle de ventriculographie fractionnée tête basse. Avantages. Indications, par MM. E. Laine, G. Riff, J.-M. Delandtsheer et P. Galibert.

Exposé d'une technique de ventriculographie sélective du III^{e} ventricule et de l'aqueduc en faisant parvenir d'emblée le gaz de contraste dans ces cavités à travers le trou de Monro. L'air est injecté après que le malade eût été basculé tête basse et placé dans une position telle que le gaz gagne directement le III^{e} ventricule, l'aqueduc et tout ou partie du IV^{e} ventricule. Cette méthode n'est utile que dans les tumeurs sous-tentorielles (dix figures).

État d'hypertonie artérielle dans le territoire de la carotide interne, par MM. R. Lafon et J. Minvielle

Neuf cas ont été rassemblés, dans lesquels on note un intermédiaire entre les formes extrêmes de la dynamique artérielle : le rétrécissement artériel est diffus, le degré de striction modéré. Le réseau carotidien externe s'injecte précocement et de façon diffuse tandis que les artères cérébrales sont peu visibles et que leur opacification est retardés. Ces constatations incitent à admettre l'existence d'une hypertonie artérielle régionale (trois figures).

Note sur deux cas de sclérose en plaques traités par des dérivés de la phénothiazine, par MM. Jacques de Leyritz et L. Dreyfus.

Il s'agit de deux malades qui ont été soumises à un dérivé de la phénothiazine (pacatal) pendant sept semaines, à la dose de 200 mgr. par jour. Dans les deux cas, la marche de la sclérose en plaques n'a pas été modifiée alors que la force musculaire paraissait améliorée, au moins dans l'un des cas ; l'hypertonie a disparu et l'hyperréflexie tendineuse a eu tendance à se normaliser.

L. Marchand.

Séance du 2 mai 1957

Étude électro-clinique des syncopes post-traumatiques, par MM. H. et Y. Gastaut

L'étude porte sur 1.000 traumatisés craniens soumis à un contrôle électro-encéphalographique systématique. Dans les suites rapprochées des traumatismes craniens, les syncopes sont deux fois plus fréquentes que les crises épileptiques. Le siège du traumatisme ne semble pas jouer de rôle déterminant. Les syncopes sont toujours très précoces ; elles sont souvent uniques. Leur séméiologie est comparable à celles des syncopes vaso-vagales. La perte des urines est relativement fréquente (12 %). Dans l'intervalle des syncopes, les sujets se plaignent d'un syndrome subjectif des traumatisés craniens. L'enregistrement électro-encéphalographique s'est avéré normal dans 88 % des cas. Réflexe oculo-cardiaque positif dans 20 % des cas. Le diagnostic peut prêter à confusion avec le grand mal épileptique, les crises psycho-motrices, les absences petit mal, les pseudo-absences temporales. Dans 2 %, les syncopes post-traumatiques s'accompagnent d'anomalies rappelant celles rencontrées chez les épileptiques psycho-moteurs.

Paralysie respiratoire au cours d'une névrite post-sérothérapique, par MM. R. Vigouroux, Cl. Raybaud et J. Roger

Chez un sujet de 33 ans, après un léger traumatisme du cuir chevelu, injection d'une dose préventive de sérum antitétanique. Six jours après, on note une parésie proximale du membre supérieur droit localisée surtout sur le deltoïde et quinze jours plus tard des troubles respiratoires par paralysies du diaphragme et des intercostaux inférieurs, qui nécessitent une trachéotomie avec mise en place d'une canule. Guérison

Angiographie vertébrale par cathétérisme retrograde,
par MM. G. Bonte, G. Riff et E. Spy

Exposé de la technique. Le cathétérisme de l'artère vertébrale est possible à partir de l'artère fémorale dans une notable proportion des cas. La sous-clavière gauche est directement dans l'axe de l'aorte descendante chez plus de deux tiers des malades et le cathéter y monte directement. Présentation de clichés.

Examen électrologique dans l'arthrogrypose,
par MM. J. Lefebvre et P. Chaumont

L'arthrogrypose est une maladie congénitale faite de raideurs articulaires multiples et d'aplasies musculaires. On la décrit aussi sous les noms de « raideurs articulaires multiples congénitales, myodystrophie congénitale déformante, amyoplasia congenita ». L'atteinte nerveuse périphérique y a été décelée. Dans trois cas, les auteurs ont trouvé des signes de lésions anciennes, non homogènes du neurone moteur périphérique. Les muscles manquent totalement, ou sont normaux, ou présentent les signes caractéristiques de l'atrophie neurogène.

Les pédicules vertébraux dans les tumeurs du canal spinal ; valeur diagnostique du baillement interpédiculaire électif sur les clichés de face, par MM. A Grossiord, R. Bourdon, J.-P. Held et J. Francon.

Le point sur lequel insistent les auteurs a trait aux distances interpédiculaires vertébrales sur les clichés de face. Un écartement anormal entre « deux yeux » vertébraux homolatéraux successifs va prendre la même signification qu'un élargissement vertical d'un trou de conjugaison, mais il n'est pas impossible que le signe soit net de face alors qu'il ne l'est pas de profil. Sept observations, un cliché.

Mal comitial de type « épilepsie paralytique » chez une encéphalopathie infantile. Considérations sur le diagnostic, par MM. E -H. Façon et P.-P. Cortez.

Observation d'une fillette de 3 ans 1/2. A l'âge de 6 mois, après une rougeole, crises fréquentes de une à deux secondes caractérisées par l'élévation du membre supérieur droit et la déviation des globes oculaires. Les mois suivants, les crises prennent la forme de contracture des membres. A l'âge de 10 mois, crises de paralysie de type hémiplégique gauche ou droit suivies d'un état de sommeil et crises convulsives généralisées. Les fonctions psychiques marquent un retardement pour aboutir à « une débilité mentale à la limite inférieure ». A 3 ans 1/2, crises d'hypertonie généralisée d'une durée de une à deux minutes suivies d'une paralysie flasque du membre supérieur droit. Les crises de paralysie ne sont pas toujours précédées d'hypertonie. Somnolence consécutive qui dure trois à quatre jours. A l'examen neurologique, signes d'atteinte pyramidale bilatérale. L'encéphalographie gazeuse met en évidence une hydrocéphalie interne asymétrique. Les tracés électro-encéphalographiques indiquent une altération de type grand mal. Amélioration par les barbituriques et l'hydantoïne. Hypothèses sur le mécanisme de production des crises d'épilepsie paramytique.

L. Marchand.

Société d'oto-neuro-ophtalmologie d'Alger

Séance du 13 avril 1957

Présentation de malade

Un craniopharyngiome à symptomatologie irrégulière, par MM. A. Manceaux, Ch. Bardenat, M. Le Génissel et R. Assan

Le malade objet de cette présentation est atteint d'un craniopharyngiome qui réunit plusieurs particularités : âge tardif des manifestations cliniques (61 ans), précession des troubles mentaux ayant un caractère déroutant, association d'un status acromégalique bien tranché avec un myxœdème vrai, absence totale de signes d'hypertension intra-cranienne et de troubles oculaires objectifs. La tumeur est calcifiée, volumineuse, mais strictement intra-sellaire et remarquablement visualisée par la tomographie.

Communications

Champ visuel et nez, par M. A. Margaillan

Jeune Européen, victime d'un attentat par grenable, qui a entraîné la section du nerf optique droit. L'ophtalmoscopie a révélé, immédiatement après l'accident, des papilles blanches à bords nets. Tous les examens complémentaires ont montré un œil gauche fonctionnellement normal. Seul le champ visuel a enregistré un très net rétrécissement du secteur nasal inférieur. L'étude du champ visuel absolu en rend responsable le relief nasal, augmenté de volume par un éclat sous-cutané.

Paralysie de la VI^e^ paire et mydriase paralytique homolatérales, tenaces après alcoolisation du nerf maxillaire supérieur, par MM J.-Ch. Giraud, A. Larmandé et P. Lebon.

Ces troubles doivent être attribués à une pénétration de l'aiguille, non dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, mais dans le trou ovale. Dès lors, une alcoolisation du ganglion de Gasser a été réalisée, comme en témoigne la guérison définitive et totale de la névralgie, mais une diffusion brusque de l'alcool dans l'espace sous-arachnoïdien a provoqué les troubles signalés. Leur possible éventualité est un argument de plus à préférer la voie sus-zygomatique dans l'alcoolisation du nerf maxillaire supérieur.

Les accidents extrapyramidaux paroxystiques et précoces des médications neuroleptiques, par MM. A.-G. Manceaux, J.-M. Sutter, Y. Girard et R. Escoute.

Les auteurs rapportent sept observations d'accidents extra-pyramidaux paroxystiques à type de crises oculogyres, torticolis, spasme tonique des

muscles de l'axe corporel, survenus précocement au début d'un traitement par la chlorpromazine seule, par l'association chlorpromazine-réserpine et une seule fois par la prochlorpérazine. Ils soulignent l'efficacité de l'injection d'un barbiturique et la guérison sans séquelle. Ces accidents, assez fréquents avec la prochlorpérazine, sont rares avec la chlorpromazine et la réserpine ; ils témoignent à la fois de la similitude des actions toxiques des différents neuroleptiques et de l'importance de la prédisposition individuelle. Bibliographie.

Un couteau de boucher fiché dans l'orbite,
par MM. A. Larmandé, E. Timsit et J.-P. Pascal

Observation d'un Nord-Africain, venu sur ses pieds à l'hôpital avec un couteau fiché dans l'orbite et dont la lame atteint les vertèbres cervicales. Reconstitution du trajet d'après les symptômes.

Deux cas d'anosmie traumatique sans fracture de la base du crâne,
par MM. J.-Ch. Giraud, P. Lebon et M. Zenou

Deux cas d'anosmie traumatique immédiate, totale et définitive, sont présentés, l'un consécutif à une chute en arrière, sur la nuque, l'autre à un coup de poing sur le front. Aucun signe clinique ni radiologique de fracture de l'étage antérieur de la base du crâne n'est retrouvé et le mécanisme de rupture des très fragiles tractus nerveux olfactifs qui traversent la lame criblée provoquée par le brusque déplacement du cerveau dans la boîte cranienne, est retenu.

Paralysie périodique familiale. Etude de 3 cas,
par MM. A.-G. Manceaux, J.-M. Sutter et Y. Pélicier

Les auteurs rapportent trois cas familiaux de maladie de Westphal. Le père et l'oncle du malade n'ont eu qu'un petit nombre de crises ; par contre, le malade, âgé de 22 ans, a présenté trente crises en sept ans. L'influence des repas riches en glucide apparaît spécialement importante dans le déterminisme des attaques. L'attention est attirée sur la mortalité considérable dans la fratrie : sur douze enfants, six sont morts en bas âge, trois sont atteints de maladie de Westphal. Les auteurs soulignent l'existence chez ces trois malades d'une énurésie ayant persisté jusqu'à 10, 12 et 20 ans. Ils posent le problème des rapports éventuels entre l'énurésie et les carences potassiques.

Syndrome sphéno-caverneux antérieur par anévrysme carotidien,
par MM. A.-M. Longo, E. Timsit et A. Drahi

Syndrome sphéno-caverneux antérieur complet par anévrysme intra-caverneux de la carotide interne découvert fortuitement chez une femme de 66 ans présentant une cataracte bilatérale.

J.-M. Sutter.

Séance du 2 juillet 1957

I. — Présentations de malades

Sclérose tubéreuse de Bourneville,

par MM. A.-G. Manceaux, J.-M. Sutter, Y. Pélicier et D. Bonnet

Une jeune fille de 21 ans présente le tableau complet de la sclérose tubéreuse de Bourneville : lésions tubéreuses de la face en ailes de papillon, tumeur péri-inguinale de Koenen, arriération mentale, phacomatose rétinienne, calcifications cérébrales. Les calcifications correspondent sur les tomographies à une tumeur frontale. Le tableau psychique comporte, outre la débilité, un petit syndrome érotomaniaque et de la turbulence.

Etant donné le mauvais pronostic opératoire des tumeurs de la maladie de Bourneville et l'absence de signes focaux, l'abstention chirurgicale a semblé justifiée.

Maladie de Launois-Bensaude éthylique,

par MM. A.-G. Manceaux, J.-M. Sutter, Y. Pélicier et R. Escoute

Les auteurs rapportent un cas de lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervico-scapulaire avec syndrome douloureux régional, fausse gynécomastie et infiltration du tissu celluleux de la ceinture pelvienne. L'affection est apparue il y a trois ans, chez un éthylique chronique. Les examens complémentaires ont révélé l'existence d'un diabète. Les lipides sanguins totaux étaient à 7,75 gr., le cholestérol à 2,90 gr. ; l'électrophorèse révélait une augmentation légère des globulines bêta et gamma. L'électro-encéphalogramme était normal. Ce cas s'apparente à la forme douloureuse de la lipomatose décrite par Sézary et Durand. Le malade présentait également un rhumatisme arthrosique et l'association a été notée dans la littérature. Les auteurs rappellent enfin la dualité des théories étiopathogéniques qui opposent le facteur toxique éthylique et le facteur neurologique, diencéphalique. Chez le malade étudié, aucun élément autre que l'éthylisme n'expliquait l'apparition de la maladie de Launois-Bensaude.

II. — Communications

Hydrocortisone locale dans la chirurgie de l'épilepsie,

par MM. P. Descuns, H. Garré et G. Pascalis

Les auteurs emploient les applications locales d'hydrocortisone : après résection neuro-chirurgicale de foyers épileptogènes ; après parage des plaies cranio-cérébrales. Ils pensent réduire ainsi l'importance de la cicatrice méningo-encéphalique, et donc le risque de comitialité post-opératoire.

Un cas de surdité totale bilatérale post-traumatique,

par MM. J.-Ch. Giraud, H. Lamas et G. Plante-Longchamp

Les auteurs rapportent un cas de surdité totale bilatérale et définitive post-traumatique. Il s'agissait d'un malade victime un an auparavant d'une

chute sur l'occipital et chez lequel on pouvait observer une surdité totale et bilatérale.

En dehors de la rareté du fait clinique, c'est surtout le problème du mécanisme qui se pose : destruction mécanique par les vibrations ; destruction mécanique par le liquide céphalo-rachidien, auxquels il faut ajouter le spasme artériel.

Il est vraisemblable que ce mécanisme a entraîné : hémorragie de la spire basale du limaçon ; destruction de l'organe de Corti ; destruction des fibres intra-osseuses du nerf auditif et du ganglion spinal, de telles lésions étant au-dessus de toutes thérapeutiques.

Maladie de Recklinghausen avec syndrome de Leschke,
par MM. A.-G. Manceaux, J.-M. Sutter, Y. Pélicier et R. Escoute

Les auteurs rapportent un cas de maladie de Recklinghausen avec épilepsie centrale et syndrome endocrinien hypophysaire : hypogénitalisme, infantilisme somatopsychique et obésité. Ce syndrome, décrit par Leschke, pose le problème des atteintes cérébrales non tumorales au cours de la neurofibromatose. Les auteurs rappellent la théorie de la schwannose cérébrale diffuse de Foerster et les travaux de Kissel sur l'électro-encéphalogramme au cours des géno-neuro-dermatoses. Malgré la possibilité de cas semblables, on doit systématiquement rechercher une tumeur cérébrale au cours des maladies de Recklinghausen avec symptomatologie encéphalique.

Guérison surprenante d'un syndrome d'œil sec après opération de cataracte, par M. A. Larmande

Malade de 70 ans, présentant depuis vingt ans un œil sec avec ulcérations cornéennes récidivantes, une bouche sèche et une polyarthrite chronique. L'administration locale de méthyl-cellulose permit de diminuer considérablement le nombre des instillations humidifiantes quotidiennes.

Ultérieurement, l'extraction d'un cristallin cataracté est réalisée : les suites opératoires sont normales. Depuis l'intervention, la malade a retrouvé une sécrétion lacrymale notable.

Un cas méningiome du troisième ventricule,
par MM. P. Descuns, H. Garré et G. Pascalis

Après un bref rappel anatomo-clinique des tumeurs propres du III[e] ventricule, les auteurs rapportent l'observation d'un cas de méningiome, dont l'intérêt réside dans : l'extrême rareté de cette variété anatomo-pathologique de tumeur au niveau du III[e] ventricule ; les troubles psychiques particuliers qu'elle avait déterminés et qui avaient pu faire évoquer le diagnostic de paralysie générale.

Au point de vue thérapeutique, l'ablation de ce méningiome s'est soldée par un échec, mais il ne m'est pas défendu de penser qu'à l'heure actuelle les médications cortisoniques auraient peut-être permis la survie et la guérison définitive du malade.

Premiers résultats avec le thiocolchicoside,
par MM. A.-G. Manceaux, J.-M. Sutter et Y. Pélicier

Les auteurs rapportent les résultats obtenus avec une nouvelle médication décontracturante, le thiocolchicoside, chez douze malades. Ils ont enregistré un échec au cours du traitement d'une paraplégie spasmodique par myélite, de deux séquelles d'encéphalite, d'une maladie de Parkinson et de deux grands tics hystériques. Par contre, un malade atteint d'un hémispasme a été amélioré. Chez deux malades présentant une arthrose cervicale, le syndrome douloureux céphalique a cédé après quelques injections intraveineuses. Enfin, une gonarthrose et une lombalgie traumatique ont été rapidement soulagées par la thérapeutique. Les auteurs signalent enfin, dans les suites de l'injection, un syndrome transitoire comportant vertige, ébriété, sentiment de dépondération et d'euphorie, qui pourrait témoigner d'une atteinte labyrinthique passagère.

J.-M. Sutter.

Société française de médecine psychosomatique

Compte rendu de la séance du 28 février 1957

Essai d'étude psychosomatique de l'hypertension artérielle,
par MM. Sapir, Labhard et Shentoub

Les auteurs ont divisé les hypertendus en deux groupes, le premier présentant des troubles psychologiques et nerveux, le deuxième exempt apparemment de ces troubles. Le tri a été fait par des médecins-somaticiens, puis chacun de ces malades a été soumis à un examen psychiatrique approfondi. Des tests projectifs ont été pratiqués (T.A.T. et Rorschach). Les 40 malades des deux groupes sont suivis depuis plusieurs années à la consultation et la plupart ont subi au moins une hospitalisation.

Il n'y a pas de parallélisme entre les modifications du comportement et les formes cliniques, somatiques. Mais la plupart des hypertendus présentent des réactions caractérielles différentes de celles du névrosé classique.

De même, l'étude de l'histoire de la maladie n'a permis d'établir aucune corrélation entre l'évolution et la structure de la personnalité.

A propos de quelques cas d'obésité, quelques réflexions cliniques,
par MM. Gilbert-Dreyfus et R. Held

Les auteurs critiquent les notions d'obésité exogène et endogène. Après un rappel de l'expérimentation classique, ils présentent cinq observations psycho-somatiques. Troubles de la faim ou troubles métaboliques sont en rapport avec des conflits.

Les significations psycho-affectives inconscientes de l'obésité, les réactions

du patient à la maladie, les anomalies sexuelles (frigidité quasi-constante), le cercle vicieux psycho-somatique (angoisse, polyphagie, obésité, culpabilité, angoisse) sont précisés et discutés.

A propos des obésités d'origine psychosomatique, par M. H.-P. Klotz

L'auteur rapporte un grand nombre d'obésités à déclenchement psychogène. Elles succèdent, tantôt à un choc affectif violent et unique, tantôt à une série de chocs répétés ou à une situation conflictuelle, tantôt à un surmenage, parfois professionnel, du système nerveux central.

Certes, certaines de ces obésités s'accompagnent d'une polyphagie anxieuse et leur mécanisme de production est ainsi assez simple.

Mais la plupart ne s'accompagnent pas de cette polyphagie et l'on doit faire intervenir, pour expliquer l'obésité, une perturbation fonctionnelle hypothalamique modifiant profondément les équilibres métaboliques antérieurs. En faveur de cette conception, l'auteur montre, dans ces divers types d'obésité psycho-somatique, des témoins indiscutables de perturbation diencéphalique, en particulier, une hypersécrétion d'antidiurétine hypophysaire postérieure et de cortrophine hypophysaire antérieure.

Compte rendu de la séance du 27 juin 1957

Les facteurs somatiques allégués dans les déficiences génitales masculines, par M. R. Giard

Rôle partiel et souvent imaginaire des facteurs somatiques dans les déficiences sexuelles masculines. Importance de l'imprégnation hormonale prépubertaire et pubertaire, ainsi que d'une intégrité nerveuse. Modalités de ces insuffisances, portant surtout sur l'érection et ensuite sur l'éjaculation.

Classification de ces motifs organiques allégués :

Les insuffisances glandulaires et surtout testiculaires, parfois réelles, souvent purement fictives, entraînent des thérapeutiques aveugles, illogiques, dangereuses parfois, aussi bien au point de vue endocrinien, et surtout au point de vue psychique en cas d'échec. Elles demandent à n'être faites que sous contrôle d'un endocrinologiste.

La masturbation : celles que nous voyons sont celles des sujets à la fois hyperémotifs et vigoureux sexuellement. Elles ne sont pas graves en elles-mêmes ; il faut rassurer le sujet sur leurs conséquences.

Les abus sexuels sont difficiles à prouver, la nature limitant automatiquement les possibilités de chaque homme. Mais des considérations temporaires d'ordre sentimental ou physique, ou des excès contemporains de petites périodes euphoriques chez les cyclothymiques peuvent être suivies d'une asthénie sexuelle qui est simplement liée au manque d'incitations extérieures ou intérieures. L'âge joue un rôle, non seulement par lui-même, mais par la conscience qu'on en a, et les comparaisons instinctives auxquelles il entraîne.

Les maladies locales ne jouent un rôle qu'indirect par les craintes des conséquences personnelles ou familiales, ou leur caractère soi-disant honteux. Les traitements locaux ne sont justifiés que si l'affection locale représente par elle-même un facteur inhibiteur. Les ultra-sons sont une thérapeutique qui semble excellente.

Un bon nombre de ces malades relèvent de la psychiatrie.

De l'intérêt du diagnostic psychosomatiques précoce en traumatologie, par MM. L. Chertok et Cl. Veil

Chez les accidentés du travail, un facteur psycho-pathologique plus ou moins important peut être fréquemment décelé. Pour éviter aux individus blessés des souffrances et à la collectivité une charge inutile, il importe d'en opérer le dépistage et le traitement. L'intervention psychiatrique peut amener à réviser certaines attitudes médicales et certains usages administratifs. Deux cas cliniques d'hystérie post-traumatique sont discutés ; la guérison peut être très rapide si la psychothérapie est instituée assez précocement.

Psychosomatique et traumatisme. par MM. A. Morali-Daninos, J. Aubry et F. Cerf. (Travail de la clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice de l'hôpital Cochin. Prof. R. Merle d'Aubigné).

La consultation psycho-somatique de la clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice de la Faculté a entrepris depuis 1951 la vérification systématique de certaines hypothèses étio-pathogéniques relatives aux polyaccidents, ainsi que l'étude psycho-somatique des polyaccidentés

Le premier travail semble confirmer la conception de Marbe (1926), selon laquelle il existerait chez certains individus une tendance aux accidents se présentant comme un facteur personnel de prédisposition psycho-somatique acquise. Ces vues ont été soutenues depuis par de nombreux auteurs et en particulier par l'un des auteurs de la présente communication depuis 1948.

Sur 100 sujets étudiés, on trouve 48 monoaccidentés, 30 biaccidentés et 22 polyaccidentés. L'hypothèse de la sensibilisation aux accidents se trouve semble-t-il confirmée puisqu'une portion réduite des sujets (22 %) totalise presque la moitié des accidents (49 %).

L'étude psycho-somatique des sujets accidentés montre chez les polyaccidentés des éléments typiques de la personnalité, qui ne se retrouvent ni chez les monoaccidentés, ni chez les sujets-témoins, consultant pour des troubles psycho-somatiques divers.

Les facteurs étio-pathogéniques relevés sont : des facteurs prédisposants, dans lesquels les mécanismes de frustration et de culpabilité amènent la recherche inconciente de situations accidentelles ; des facteurs déclenchants, consistant dans la résolution des conflits par l'action, c'est-à-dire dans l'extériorisation active, qui provoque l'acte dangereux, et enfin, des mécanismes répétitifs, qui tiennent à ce que la déviation instinctive, qui a causé l'accident, tend à le répéter tant qu'elle n'est pas traitée.

Le rôle de la figure paternelle dans les conflits psychologiques menant à l'accident a été mis en évidence dans l'immense majorité des cas de polyaccidentés, à l'étude clinique et thérapeutique desquels un deuxième travail sera consacré.

Journées d'études du 7 avril 1957

Les méthodes psychologiques en analgésie obstétricale

Le 7 avril s'est tenue à la Faculté de médecine de Paris une Journée d'études sur les méthodes psychologiques en analgésie obstétricale, organisée par la Société française de médecine psycho-somatique et placée sous la présidence du doyen L. Binet. M. F. Moutier, qui présida la première séance a, dans son introduction, rendu un émouvant hommage au Dr Lamaze, qui a introduit en France la méthode psycho-prophylactique de préparation à l'accouchement : « L'apostolat est rare aujourd'hui, mais vraiment Lamaze a été, dans toute l'étendue du mot, dans tout son élan de charité et d'intelligence, un apôtre. »

J. Ajuriaguerra (Paris), dans le rapport d'introduction, a magistralement posé le problème de la douleur, tel qu'il se présente de nos jours. Après avoir affirmé la spécificité des récepteurs de la douleur, le rapporteur expose les connaissances actuelles du système sympathique dans la conduction des sensations viscérales. Il discute le rôle du thalamus et de la substance réticulée dans le cheminement ascendant des sensations douloureuses. Au-delà du thalamus, l'auteur souligne que « le devenir des afférences de la douleur est problématique. Il expose ensuite quelques données de physiologie expérimentale concernant le problème du seuil de la douleur, de la sommation temporelle et spatiale. Il note les variations des seuils lors de l'application simultanée d'autres stimuli (douloureux ou non) aboutissant à des élévations importantes des seuils.

Sur le plan clinique, l'auteur rappelle que certaines lésions des fibres nerveuses entraînent la disparition des sensations douloureuses, sans diminution des sensibilités tactile et profonde. Au contraire, d'autres lésions nerveuses, notamment thalamiques, provoquent des algies. De nombreux auteurs ont voulu faire du thalamus le centre intégrateur spécifique de la douleur, mais les faits physiologiques et neuro-chirurgicaux (notamment les lobotomies) montrent le rôle indiscutable du cortex dans l'intégration de la douleur.

Après l'exposé des faits, l'auteur tente l'analyse de la sensation douleur Il montre tout d'abord que cette sensation ne se conçoit pas sans son côté « centripète » simultané : autant qu'une perception, la douleur est une réaction... Cette réaction dépend de chaque sujet, de sa personnalité, de son passé. L'auteur évoque l'anesthésie hystérique, la suggestion verbale et non verbale. Il montre aussi l'aspect social de la douleur, c'est-à-dire l'interrelation entre le sujet qui souffre et l'entourage. Tous ces facteurs font partie de l'étude de la douleur, qui apparaît ainsi comme un phénomène intersubjectif.

L. Chertok (Paris) expose ensuite l'évolution des idées sur l'analgésie psychologique en obstétrique, ouvrant ainsi le débat sur les méthodes actuelles. Il rappelle les deux méthodes principales les plus courantes : la méthode de Read (d'accouchement sans crainte) et la méthode de Velvovski (couramment appliquée en Union soviétique et universellement connue sous

le nom « d'accouchement sans douleur ») et souligne le peu de différences techniques existant entre elles. L'auteur explique qu'aucune théorie valable ne peut encore éclairer de façon certaine le processus qui provoque l'analgésie. Il s'agit d'un problème psycho-physiologique complexe et mal connu.

Dans la seconde partie de son exposé, l'auteur traite des rapports de l'analgésie psychologique et des phénomènes d'hypnose. Il rappelle que l'hypnose produit une analgésie d'origine verbale, qui d'ailleurs a été utilisée en obstétrique dès la fin du XIX[e] siècle en France, puis en Allemagne et en Autriche vers 1920. Ce sont les psychiatres russes Platonov et Velvovski qui ont repris ces recherches. Ces auteurs ont été conduits à nier le caractère inéluctable de la douleur au cours de l'accouchement et, d'autre part, à concevoir l'idée d'une analgésie verbale, en accord avec la théorie pavlovienne. Mais l'hypnose comme élément d'analgésie obstétricale n'a pas reçu de développements importants et Velvovski a mis au point une autre méthode accessible à chaque médecin : c'est la méthode psycho-prophylactique.

Ainsi, la méthode psycho-prophylactique a pris la place de la méthode hypno-suggestive, pour des raisons pratiques, bien que sa base théorique soit encore moins ferme. Pour Velvovski, la douleur de l'accouchement n'est pas un phénomène physiologique, mais le résultat d'un conditionnement social. Le but est de rompre la douleur réflexo-conditionnée ; il ne s'agit pas « d'inhiber la douleur, mais d'activer le cortex ». Cependant, même en U.R.S.S., les auteurs ne s'accordent pas sur ces interprétations théoriques : beaucoup croient au caractère physiologique de la douleur de l'accouchement et admettent le rôle de la suggestion, donc de l'inhibition, dans l'analgésie psychologique. Entre les deux tendances, aucune preuve expérimentale n'a pu encore être apportée.

Dans la troisième partie de son exposé, Chertok pose le problème des types nerveux. Il pense que la classification des gestantes selon des types, permettant de prévoir quelle sera leur réponse à l'analgésie verbale est actuellement un leurre. Elle ne permet pas d'expliquer les réactions individuelles au cours de l'accouchement. D'autres recherches, établies à l'aide de tests de personnalité, sont en cours.

En conclusion, l'auteurs souligne l'immense intérêt pratique que présentent les méthodes d'analgésie psychologique et le champ d'investigation théorique qu'elles ont ouvert aux chercheurs, posant le problème des interrelations psycho-physiologiques.

« Cinq ans d'expérimentation de la méthode psycho-prophylactique d'accouchement sans douleur » retracent l'immense travail réalisé à Paris par le D[r] F. LAMAZE. Le rapport était lu par P. VELLAY (Paris), qui fut son collaborateur dès les premiers jours. Le rapporteur estime que ces méthodes ont toutes eu le mérite d'améliorer la « condition » des femmes en couches, mais qu'elles sont aujourd'hui dépassées par la méthode psycho-prophylactique qui constitue actuellement la méthode la plus sûre, la plus efficace.

Après un rappel historique, le rapporteur expose le bilan d'ensemble de l'accouchement sans douleur.

Dans l'appréciation des résultats, il distingue trois catégories d'accouchement : les femmes pour lesquelles les conditions physiques, psychiques et obstétricales sont bonnes : dans cette catégorie, on obtient 90 % d'indolorisation absolue ; les femmes dont l'accouchement est à la limite de la dystocie, que ce soit pour des raisons physiques, psychiques ou obstétricales:

dans cette catégorie, on peut encore obtenir de bons résultats sans médications ; les femmes dont l'accouchement est dystonique et où l'apport médicamenteux est indispensable, quoique à faibles doses, notions qui lui semblent capitales. Il insiste ainsi sur la rigueur absolue qu'il faut observer dans les diverses phases de la préparation, sur la notion d'équipe, sur le rôle de la famille et surtout du mari. Il rappelle que la femme doit être soutenue dans son effort par un climat d'enthousiasme et de conviction, ainsi que par une ambiance matérielle satisfaisante (locaux, salle de travail). Il expose ensuite les investigations qui portent sur le « passé pathologique » et sur le « climat psychologique » de chaque femme, sur l'éducation qu'elle a reçue dans sa jeunesse, ses conditions de vie actuelles et, bien entendu, sur l'état physique actuel. C'est l'étude détaillée de ces diverses données qui permet de « déterminer dans quelle direction devra porter l'effort de l'éducateur ». Le rapporteur reconnaît d'ailleurs combien la prévision individuelle du résultat est aléatoire. Il relate ensuite les données recueillies auprès des femmes ayant suivi la préparation à l'accouchement sans douleur : motivation les ayant poussé à pratiquer cette méthode, impressions sur la préparation, l'équipe des accoucheurs et l'accouchement lui-même.

Dans la quatrième partie de l'exposé, il insiste sur le haut degré de conscience atteint par la femme au cours de l'accouchement, puis sur la possibilité d'appliquer le forceps sans anesthésie.

F. Lepage (rapporteur) et G. Langevin-Droguet (Paris), quant à eux, appliquent depuis 1949 une méthode qui dérive de celle de Read. Les femmes reçoivent une préparation psychologique (explications physiologiques sur la gestation et l'accouchement, mise en confiance) et physique (mouvements respiratoires, mouvements abdominaux, relaxation). La partie prépondérante est la préparation psychologique. 80 % des femmes ont tiré un bénéfice certain de la méthode, mais les auteurs pensent que la suppression totale de la douleur n'est pas le test du succès ; il leur suffit que les sensations au cours de l'accouchement soient supportables et permettent à la femme de « garder le contrôle ». C'est pourquoi les auteurs préfèrent le terme d'accouchement sans crainte à celui d'accouchement sans douleur. Il convient de souligner que cette méthode a permis, d'une part de diminuer l'emploi d'anesthésiques ou d'analgésiques, d'autre part d'augmenter le nombre de nouveau-nés ayant crié dès leur naissance. Par contre, il n'y a aucune modification significative du nombre des complications obstétricales.

Le Dr G. D. Read (Londres) a alors exposé ses idées sur la douleur de l'accouchement, idées sur lesquelles il a fondé sa méthode. Il rattache les douleurs des parturientes à une triade : crainte, tension, douleur. « Si la douleur, dit-il, est supprimée par l'anesthésie, l'enfant et la mère courent des risques. Supprimer la tension ne suffit pas... Si la crainte est enlevée, le résultat est bien meilleur. Si la tension et la crainte sont supprimées, dans environ 90 % des cas, la douleur est supprimée. » L'auteur indique qu'il obtient la suppression de la tension par la relaxation et celle de la crainte par l'éducation. La méthode ainsi apparaît comme une technique dont la justification est fournie par les excellents résultats statistiques.

M. Mayer et A. Morali-Daninos (Paris) emploient à l'hôpital Saint-Antoine une préparation à l'accouchement comportant également conférences (pré-

paration psychologique) et exercices (préparation somatique). Cette « aide psycho-somatique », qui s'étend de la période pré-natale à la période post-natale permet, disent les auteurs, de réaliser un « accouchement naturel ». Cependant, une défaillance étant féquente au moment de l'expulsion, ils ont souvent recours à des méthodes médicamenteuses dans les derniers moments de l'accouchement.

Au cours de la séance de l'après-midi, placée successivement sous la présidence de MM. Malcovati et Geisendorf, une discussion animée s'est déroulée à propos du transfert affectif que la parturiente établit sur la personne de l'accoucheur et que les psychiatres et M. Read invoquent pour expliquer les bons résultats de l'analgésie verbale. Vellay déclare que ce transfert est gênant car il oblige l'accoucheur à être toujours présent et qu'il peut se faire sur toute l'équipe. Morali parle aussi de transfert sur l'équipe, notion réfutée par Jimenez (Madrid) et Cotteel (Lille).

C'est également au cours de la discussion qu'Ajuriaguerra a montré de façon très concrète que les relations entre les hommes ne sauraient être ramenées uniquement aux échanges par la parole (deuxième système de signalisation de Pavlov) ; en réalité, bien d'autres données sensorielles président à ces échanges et là est la base de la psychologie, science des relations interpersonnelles.

Après la discussion des rapports, de nombreuses communications ont été présentées :

H. Zaidman (Paris) applique depuis deux ans la méthode de Velvovski dans des centres de santé de la région parisienne. Cet auteur évalue à 20 % le nombre des échecs (sur 182 cas). Ces échecs ont souvent été provoqués par l'ambiance psycho-hygiénique des centres d'accouchement non adaptés aux idées nouvelles.

B. This (Paris) a présenté une « introduction à la psychopathologie obstétricale » d'inspiration psycho-analytique sous la forme du « Mythe d'Alcmène ». A travers le récit d'Ovide relatant l'accouchement difficile de l'épouse d'Amphitryon, il analyse les racines inconscientes de la douleur de l'accouchement.

R. Held (Paris) apporte un autre point de vue psycho-analytique sur les rapports entre la névrose et la grossesse. Il pense que la parfaite compréhension de l'analgésie verbale comporte « une référence obligatoire à la dimension psycho-analytique ». Ceci, parce que la peur est, d'un avis unanime, le point de départ de la douleur. Or, la peur est le fruit des motivations inconscientes. Il a donc semblé intéressant à l'auteur d'analyser les motivations de la peur au cours de la grossesse chez des névrosées : ces femmes, anormales certes, révèlent des processus qui jouent certainement aussi chez des normales. Il souligne l'importance du transfert dans la liquidation de la peur grâce à la perte acceptée de la vigilance, et extrapole cette interprétation à l'accouchement sans douleur. Selon lui, ce transfert seul permet à la longue la perte de vigilance, l'abandon, au cours de l'aventure existentielle de l'accouchement.

A. Economidès et H. Vermorel (Lyon) présentent un bilan portant sur 400 accouchements selon la méthode de Velvovski qu'ils ont vu appliquer par Lamaze et Vellay. Ils étudient l'état nerveux des femmes au début de la préparation, partant, dans certains cas, d'une névrose réactionnelle. Au cours de la préparation, ces symptômes disparaissent progressivement. Les auteurs soulignent ensuite les difficultés que comportent les applications statistiques des résultats : l'évaluation « objective » de la douleur étant impossible. Sur les dires des parturientes, ils pensent que 50 % de leurs patientes n'ont ressenti *aucune* douleur. Le nombre de véritables échecs est très modeste (5 %). Les auteurs terminent leur communication en reconnaissant les difficultés que rencontre une interprétation théorique des résultats obtenus par la méthode.

J. Seabra-Dinis (Lisbonne) discute, dans une perspective pavlovienne, les rapports de la douleur et de l'accouchement, de la suggestion et du langage... Il reconnaît les insuffisances actuelles des tentatives d'explication. Mais l'étude pavlovienne de ces problèmes, élargie et enrichie par les travaux physiologiques (tels que ceux concernant la substance réticulée) doit conduire les recherches dans la voie la plus fructueuse.

J. Roux (Genève), dans le service du professeur de Watteville, a tenté d'établir un rapport entre la réussite de l'accouchement sans douleur et le niveau intellectuel des parturientes. La méthode de préparation à l'accouchement est celle de Velvovski. Le niveau intellectuel est apprécié à l'aide de quatre tests psychologiques. Les auteurs ont observé que quand les conditions obstétricales sont bonnes, l'accouchement a d'autant plus de chances de réussir que le niveau est meilleur.

A. Bocci et L. Davitti (clinique universitaire de Turin, professeur G. Dellepiane), constatent une relation inversement proportionnelle entre la durée supposée de la gestation et le comportement. Le nombre de parturientes, dont le comportement est médiocre pendant le travail, double lorsque survient un retard important par rapport à la date prévue de l'accouchement. La préparation psycho-physique modifie cet état de choses du fait que la parturiente comprend les possibilités d'erreur de date, qu'elle attend la délivrance sans anxiété. Comparaison entre 700 cas préparés et 4.046 cas non préparés.

G. Chiaudano et G. Pinoli (service du professeur Dellepiane) essaient, partant de la réflexologie pavlovienne, d'étudier la méthodologie audio-visuelle pour le conditionnement de la gestante. Ils commentent les résultats obtenus par l'emploi du film et du dessin animé.

I. Terzi (travail effectué dans le service du professeur Dellepiane) envisage le comportement psycho-moteur de la gestante comme un tout réflétant la personnalité, aussi bien à son niveau superficiel-sensoriel qu'au niveau plus profond de ses pulsions. Il analyse sur un plan psycho-somatique les trois aspects de la conduite motrice de la gestante : l'aspect expressif, l'exécutif, l'impressif. C'est ce dernier aspect qui dérive de l'état intime et révèle les particularités psychologiques de la personnalité.

L'auteur se livre à une analyse psycho-somatique poussée des diverses étapes de l'accouchement selon le type psychologique de la gestante.

A. Notter (Lyon) rapporte les résultats d'une intéressante étude de pneumospirométrie poursuivie dans le service du professeur Pigeaud. La méthode employée par les accoucheurs de ce service est inspirée, tant de la méthode de Velvovski que de celle de Read. L'auteur a soumis à des tests spirométriques 1.243 femmes qui suivaient la préparation à l'accouchement. Il peut ainsi chiffrer les performances respiratoires (capacité vitale, contrôle des rythmes accélérés, temps d'apnée) au cours de l'évolution de la grossesse. Il constate que, statistiquement, les femmes ayant accompli avec succès les épreuves spirométriques accouchaient mieux.

W. Geisendorf (Genève) fait part des progrès de l'accouchement sans douleur dans cette ville. Il retrace les difficultés initiales, créées surtout par le corps médical. Là encore, c'est le public qui, en fait, a imposé cette méthode. En dehors de toute considération théorique, l'auteur affirme l'immense bénéfice pratique accordé aux parturientes, bénéfice qui, à lui seul, justifie tous les efforts réalisés pour développer la méthode.

La Société gynécologique espagnole avait délégué A. Hernandez-Jimenez (Madrid) à cette journée d'études. L'auteur rend hommage au Dr Lamaze, auprès duquel il a acquis en 1953 la pratique de la méthode appliquée actuellement à Madrid. Là aussi, de nombreuses difficultés, tant de la part des accoucheurs que de celle du public, ont dû être surmontées. L'auteur note un pourcentage d'échecs de 20 % environ. Il souligne les raisons de certains échecs (mœurs particulières des familles espagnoles au cours des accouchements).

J. Ravina, P. Devraigne, S. Tsouladze, J. Coenca (Paris). — Les auteurs attirent l'attention sur l'importance pratique de la notion pavlovienne de type nerveux et sur l'utilité d'approprier les techniques de préparation aux modes d'apprentissage.

L'opposition établie entre la méthode d'éducation et méthode de suggestion tomberait d'elle-même si l'on considère que les sujets appartenant au type intellectuel sont plus sensibles à l'éducation consciente et les types artistes à la suggestion.

La diversité des types expliquerait la variété des résultats ; la préparation faite sur un mode donné ne convient pas à tous.

M. Hay (Montluçon) : Réflexions d'un médecin-praticien à propos de 1.000 accouchements par psycho-prophylaxie.

C'est encore au Dr Lamaze que P. Malcovati (Milan) rend hommage dans la communication qu'il fait au sujet de l'expérience qu'il poursuit à Milan depuis 1954. Plusieurs centres existent actuellement, dans lesquels plus de 2.000 accouchements ont été pratiqués. 80 % des femmes préparées ont un comportement correct pendant l'accouchement (40 % sans aucune douleur). L'auteur pense que le nombre des interventions (forceps, périné) est moindre que dans les accouchements antérieurs. Des recherches physiologiques (oxymétrie, tests de Thorn, électro-encéphalogrammes, tests psychologiques) sont poursuivies parallèlement dans le but de contribuer à l'étude théorique et pratique de la méthode. Les problèmes théoriques sont évoqués ainsi que les rapports entre la méthode pavlovienne et celle de Read. L'auteur recon-

naît la priorité des idées de Read, mais se déclare un disciple de l'école de Velvovski, dont la technique plus stricte, mieux fondée, représente pour lui l'avenir.

J. DE LEEUWE (S'Gravenhage) retrace les progrès accomplis par l'accouchement sans douleur en Hollande. Cette méthode, introduite en 1953 par le Dr Lamaze, a acquis un développement égal à celui de la méthode de Read, appliquée depuis 1949.

I. VELVOVSKI (Kharkov) rappelle, dans un rapport qu'il envoie, que dès 1920 son maître Platonov préconisait l'emploi de méthodes hypno-suggestives dans l'analgésie obstétricale. Cette étape a été dépassée ensuite en U.R.S.S. grâce à l'application pratique du nervisme pavlovien.

Après un rappel d'embryologie comparée, l'auteur émet les hypothèses suivantes : la douleur de l'accouchement peut revêtir deux formes : la première serait due à une modification motrice à point de départ local ; la seconde à une modification neuro-dynamique du système cortex cérébral-sous-cortex ; dans la psycho-prophylaxie pavlovienne l'appel à la raison, les explications rationnelles, jouent un rôle majeur. Les techniques hypnotiques sont abandonnées pour des motifs scientifiques et moraux. L'effet principal porte sur la prise de conscience, sur la participation active et raisonnée de la gestante.

En conclusion de la séance, le président de la Société française de médecine psycho-somatique, F. Moutier, souligne l'intérêt et le succès de cette Journée et remarque l'importance des problèmes encore à explorer. Il propose, au nom de la Société, l'organisation d'un congrès mondial consacré à ce sujet dans deux ou trois ans. Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Séance du 29 juin 1957

Présidence : M. le Pr FRANÇOIS

Lacune osseuse de la voûte cranienne avec kyste porencéphalique sous-jacent d'origine obstétricale chez un adulte, par MM. J. BRIHAYE, M. LOCOGE, R. POTVLIÈGE et J. MAGE.

Présentation d'un malade de 25 ans qui présente, dans la région frontale droite, une importante déformation osseuse lacunaire provenant d'un traumatisme obstétrical. Des crises comitiales de fréquence irrégulière sont

apparues à l'âge de 15 ans. L'angiographie carotidienne a donné une image normale, tandis que la pneumo-encéphalographie met en évidence un grand kyste porencéphalique sous-jacent à la lacune osseuse et en communication directe avec la corne ventriculaire frontale droite.

Les auteurs recherchent les mécanismes responsables du développement des lésions d'origine obstétricale : céphalhématome, hématome intra-diploïque, fracture du crâne avec déchirure de la dure-mère.

Dans le cas présenté, les circonstances d'apparition de la déformation cranienne et les constatations radiologiques et pneumo-encéphalographiques permettent l'interprétation suivante : brèche ostéo-duremérienne traumatique avec contusion cérébrale et développement d'un kyste porencéphalique, s'étendant du ventricule à la brèche duremérienne ; inclusion partielle du kyste dans la fissure osseuse, provoquant l'écartement progressif des berges osseuses et la formation de la lacune.

Nocardiose à localisation pulmonaire intracranienne et orbitaire, par MM. J. François, G. Hoffmann, G. Verriest et N. Candaële

Observation d'un homme âgé de 27 ans, qui, après avoir souffert pendant quelques mois de céphalées intermittentes, a présenté une lésion pulmonaire caverneuse, suivie d'une lésion frontale droite, qui s'est propagée à l'orbite et à la glande lacrymale. La ponction de cette dernière a permis d'identifier le nocardia astéroïde. L'exérèse en bloc de l'abcès du lobe frontal et de l'orbite, associée à un traitement intensif à la sulfadiazine et à la chloromycétine, a permis d'obtenir la guérison, malgré l'importance des lésions et le mauvais pronostic habituel.

Étude anatomo-clinique d'un cas de sclérose tubéreuse de Bourneville, par MM. L. Sorel, J.-M. Brucher et L. Missotten

Relation du cas d'un enfant issu de famille normale et bien portant à la naissance. Les premières crises épileptiques débutèrent à 8 mois et avaient une symptomatologie variable : absences, crises jacksoniennes de l'hémicorps gauche, crises grand mal et parfois état de mal de plusieurs heures. Après deux ans et demi, on assista à une nette régression psychique : débilité progressive, agitation caractérielle. L'enfant est décédé à l'âge de 4 ans et 3 mois au cours d'un état de mal épileptique.

De nombreux électro-encéphalogrammes furent enregistrés durant toute l'évolution ; ils furent normaux au début, puis les foyers d'anomalies pointues apparurent à des endroits variables d'un examen à l'autre. Il y avait des calcifications intercraniennes, de forme linéaire, dans la paroi des ventricules latéraux.

Les auteurs insistent sur les éléments cliniques du diagnostic différentiel, qu'il convient de discuter entre la toxoplasmose et la sclérose tubéreuse.

L'intérêt du cas se résume en trois points :

1) le diagnostic de toxoplasmose semblait évident et fut erroné. Le caractère nettement positif des réactions sérologiques reste un fait inexpliqué :

2) la sclérose tubéreuse est une affection relativement rare et ne fut décrite qu'une cinquantaine de fois chez le jeune enfant ;

3) la documentation électro-encéphalographique, radiologique, ophtalmologique et anatomo-pathologique est particulièrement riche dans ce cas. Il faut signaler que l'examen histologique des lésions rétiniennes ne fut décrit que onze fois dans la littérature, mais jamais chez le jeune enfant.

Syndrome opto-statique de Weizsäcker, par M. P. Ch. van Reeth

Observation d'un homme de 52 ans, hypertendu, qui présente comme séquelles lointaines d'ictus : 1) une déviation de la verticale et de l'horizontale subjectives ; 2) de la dyschromatopsie, micropsie et microstéréognosie gauches ; 3) de l'induction sensori-motrice (influence des modifications posturales sur la perception visuelle des couleurs et de la verticalité). Ces troubles perceptifs sont monoculaires gauches. Il existe de plus un hémisyndrome sensitif gauche de type pariétal et des troubles intellectuels. Les examens ophtalmo- et otologiques concluent à des altérations d'origine centrale.

Les éléments de ce syndrome sont discrets, en relation avec les expériences et théories sensori-toniques et organismiques de la perception.

Le diagnostic angiographique des extensions intracraniennes des tumeurs du cavum, de l'ethmoïde et de l'orbite, par Mlle le Pr Melot MM. R. Potvliège, J. Brihaye et Ph. Martin.

Les destructions osseuses provoquées par le développement local d'une tumeur maligne de l'ethmoïde, du rhinopharynx ou de l'orbite sont bien connues. Quelquefois, ces tumeurs envahissent la base du crâne et atteignent les méninges, qu'elles repoussent ou infiltrent en provoquant des atteintes systématiques des nerfs craniens. Elles réalisent ainsi plusieurs tableaux nosologiques tels que le syndrome de Foix, le syndrome de Vernet-Sicard ou encore le syndrome de Garcin (paralysie globale unilatérale des nerfs craniens). Ces proliférations néoplasiques intracraniennes sont à distinguer des métastases proprement dites. Elles peuvent être mises en évidence par l'angiographie cérébrale, qui révèle l'existence de déplacements vasculaires et quelquefois de foyers de vascularisation pathologique.

Les observations rapportées, illustrées de projections, ont trait à des carcinomes de l'ethmoïde et du cavum, un sarcome polymorphe de la cloison ethmoïdonasale, un angiome-périthéliome à dégénérescence sarcomateuse de l'orbite ainsi qu'un mixo-fibrome nasopharyngé.

J. Ley.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 29 juin 1957

Présidence : M. E. BRUYNINCKX, président

A propos de la kleptomanie, par M. L. Massion-Verniory

Après un bref rappel de l'histoire de la kleptomanie, l'auteur expose l'état actuel de la question. Malgré les nombreuses discussions dont elle a fait l'objet et les arguments opposés à sa reconnaissance, on ne peut nier son existence en tant qu'obsession-impulsion. Cette impulsion, qui est classée dans le groupe des manifestations impulsives-instinctives, s'observe chez des névropathes, dans les troubles du développement psychologique, dans des psychoses, dans des maladies cérébrales organiques, dans les troubles biologiques d'origine hormonale tels que la puberté, la menstruation, la grossesse, la ménopause.

On peut distinguer une kleptomanie-névrose, sans excitation sexuelle, et une kleptomanie-perversion où le vol, à contenu symbolique, provoque une jouissance sexuelle. La kleptomanie, syndrome rare, est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

L'auteur cite quelques cas de l'affection, et les analyse, en en montrant les diverses variétés. Il discute enfin les diverses théories proposées pour en expliquer la pathogénie.

Les parents névropathes, par Mme J. Henusse-Lamoureux

L'auteur limite son exposé à la description de quelques types neurotiques. Elle attire surtout l'attention sur certaines particularités dont elle donne des exemples et approfondit, d'une part le mécanisme psychologique, d'autre part le retentissement sur la vie mentale des enfants.

L'intersexualité, la domination de la mère avec effacement du père, l'absence d'un juste milieu entre sévérité et indulgence, ou entre indifférence et sollicitude, la dysharmonie sexuelle (heureux les enfants dont les parents sont heureux l'un par l'autre !), la détermination névrotique de l'attitude envers les enfants, le respect de la névrose par les enfants qui admettent et même admirent l'état névrotique, quelques autres anomalies encore, sont analysés. De l'étude de ce tableau, qui comporte bien des éléments sombres, l'auteur ne tire pas une conclusion pessimiste. Elle montre que la thérapeutique psychologique, toute différente s'il s'agit d'une mère ou d'un père, peut donner des résultats favorables.

J. Ley.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Compte rendu du XL[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

(Lyon, 9-14 septembre 1957)

par Paul ABÉLY

Ce congrès a connu un grand succès par le nombre considérable de ses participants et l'intérêt de ses communications scientifiques.

La séance inaugurale fut ouverte par le professeur Levrat, remplaçant le doyen Hermann, empêché. M. Louis Pradel, maire de Lyon, souhaita en termes chaleureux la bienvenue aux congressistes.

Les délégués étrangers prirent ensuite la parole : le D[r] Bruyninck pour la Belgique, le D[r] Denber pour les Etats-Unis d'Amérique, le D[r] Kuretar pour la Grèce, le D[r] Endtz pour la Hollande, le D[r] Fiamberti pour l'Italie, le D[r] Kerger pour le Luxembourg, le D[r] Langfeldt pour la Norvège, le D[r] M. Minkowski pour la Suisse, le D[r] Ihsan Sükrü Aksel pour la Turquie.

Le D[r] Bessière, président du congrès, prononça alors son discours. Après avoir rendu hommage à la mémoire du président Herriot, il évoqua dans une allocution originale et d'une haute tenue littéraire des souvenirs d'internat, décrivant ses maîtres de Sainte-Anne, l'ambiance de la salle de garde et les pittoresques figures artistiques et littéraires qui en étaient souvent les hôtes.

En fin d'après-midi, les congressistes étaient accueillis dans les salons de l'hôtel de ville par le maire, M. Pradel, qui rappela l'intérêt que portait Edouard Herriot aux médecins et aux réalisations hospitalières.

Le mardi fut marqué par la visite de l'hôpital du Vinatier, dirigée par M. Jacquelin, directeur. Les visiteurs purent constater les améliorations remarquables dès maintenant obtenues, qu'un film projeté

la veille avait déjà illustrées. Le soir, un dîner était offert au Casino des Charbonnières par les maisons de santé de la région lyonnaise, dont le porte-parole fut le Dr Feuillade.

Le mercredi, les congressistes furent reçus dans l'antique Hôtel-Dieu, riche de souvenirs, par le président du Conseil d'Administration des hospices civils de Lyon, le médecin-général Gabrielle. Une soirée de musique classique, qui fut un régal artistique, clôturait cette journée.

Le jeudi fut consacré à une excursion qui permit, après la visite de l'hôpital psychiatrique de Bassens, fort agréablement hospitalier pour les congressistes, d'admirer Chambéry, Aix-les-Bains, et surtout les sites grandioses du lac du Bourget.

La soirée du vendredi réunit les congressistes dans le splendide Casino des Charbonnières. Ce fut la soirée du congrès, avec bal, attractions, ambiance élégante, sthénique et sympathique.

Enfin, le congrès se clôtura par une magnifique réception et un banquet digne de la réputation lyonnaise, offert au chalet du Parc par l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Il avait été précédé par le cordial et généreux accueil que les autorités militaires du service de santé avaient réservé aux congressistes à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes.

Les secrétaires locaux étaient: MM. les Dr Girard, professeur agrégé, médecin-chef à l'Antiquaille ; Dr Broussolle, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Vinatier ; Dr Favier, médecin-commandant, chef de service de neuro-psychiatrie de l'hôpital Desgenettes. Ils se révélèrent comme de remarquables organisateurs.

Entre temps, l'assemblée du Conseil d'Administration et l'assemblée générale extraordinaire avaient déjà préparé le futur congrès de 1958. Celui-ci aura lieu à *Strasbourg, du 21 au 26 juillet 1958.* Il sera présidé par le professeur Nayrac, professeur de clinique neurologique et psychiatrique à la Faculté de médecine de Lille. Le vice-président sera le Dr Frantz Adam (de Vanves).

Les secrétaires locaux seront : MM. les Drs Rohmer et Isch.

Les sujets proposés ont été les suivants :

Psychiatrie : Syndrome de Korsakoff, étude anatomo-classique. Rapporteur : le Dr Angelergues (Paris).

Neurologie : Complications neurologiques des cancers viscéraux. Rapporteur : M. le Dr Gardine (Lyon).

Médecine légale : La lascivité criminelle en milieu rural. Rapporteur : le Dr Scherrer (Auxerre).

Il a été décidé que, dorénavant, le congrès changeant de dénomination, serait le « Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française ».

I. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les troubles mentaux des phacomatoses

par M. J. Alliez, en collaboration avec M. P. Moutin

Ce rapport étudie les symptômes mentaux des quatre grandes phacomatoses avec leurs conditions héréditaires d'apparition de trouble mental concomitant et l'état organique corrélatif :

1° *Troubles mentaux dans la maladie de Recklinghausen.* — Etude analytique : débilité mentale ; troubles du caractère et du comportement, névroses, états psychopathiques et démentiels ; rôle de l'épilepsie ; tumeurs centrales et autres lésions cérébrales, troubles endocriniens, électro-encéphalogramme, hérédité.

2° *La sclérose tubéreuse de Bourneville :* état mental ; oligophrénie ; troubles de la sphère instinctivo-affective ; états psychotiques ; rôle de l'épilepsie ; tumeurs cérébrales et hypertension intra-cranienne ; électro-encéphalographie ; hérédité.

3° *Les troubles mentaux de l'angiomatose encéphalo-trigéminée :* oligophrénie ; troubles du caractère et du comportement ; états psychotiques ; électro-encéphalographie ; hérédité.

4° *L'angiomatose rétino-cérébrale.* — Les auteurs étudient ensuite les formes de passage entre les quatre phacomatoses majeures et leurs associations possibles.

De ces différentes phacomatoses, M. Alliez rapproche : l'ichtyose et kératose palmo-plantaire congénitales et les dysplasies pigmentaires, qui peuvent s'accompagner aussi de perturbations psychiques ; les rapporteurs terminent leur travail par des considérations générales et ils se posent cette question : « La survenue de troubles mentaux au cours des quatre phacomatoses est-elle fortuite, et dans quelle mesure font-ils ou non partie intégrante de la maladie ? »

Pour la neurofibromatose, ils les considèrent comme fréquents, surtout sous forme déficitaire ou caractérielle.

C'est dans la sclérose tubéreuse que ces troubles sont plus constants. L'épilepsie y est fréquente, ainsi qu'une oligophrénie particulière, avec une plasticité pouvant s'apparenter à la schizophrénie.

Dans l'angiomatose encéphalo-trigéminée, se rencontre l'expression mentale la plus sévère : déficit psychique, épilepsie.

Cet intéressant rapport, assez limité dans son sujet, est cependant d'un très grand intérêt. Il pose et éclaire des problèmes médicaux légaux auxquels se heurtent parfois les experts devant des délinquants atteints de telles phacomatoses.

En somme, dans ce groupement de maladies, dont la parenté sinon l'analogie peuvent être discutées, ils ne constituent pas un facteur supplémentaire de ressemblance, mais l'étude approfondie de leurs conditions d'apparition surtout héréditaires et de leur spécificité éventuelle pourrait conférer aux plus caractéristiques d'entre eux, dans la mesure où ils appartiennent

essentiellement à l'affection en cause, une valeur nosographique non négligeable.

Une abondante bibliographie enrichit ce beau travail.

Discussion sur le rapport de psychiatrie

par MM. Paillas (de Marseille), Cossa (de Nice), Fazio (de Gênes)

Communications sur le sujet du rapport de psychiatrie

Au sujet de l'histologie et de la pathogénèse de la sclérose tubéreuse

par M. Ihsan Sükrü Aksel (Istanbul)

D'après plusieurs auteurs, la sclérose tubéreuse est une maladie de développement et, comme base, a sa place dans la différenciation des neuroblastes et des spongioblastes.

Selon Hallerworden, la sclérose tubéreuse est le résultat d'un défaut de différenciation. Elle se voit surtout sur les organes qui prennent leur origine de deux membranes embyonnaires (cerveau, cœur, rein), et qui sont connus par leur structure compliquée. Il n'existe pas en général une malformation dans les organes atteints, mais plutôt un défaut de différenciation du tissu. Hallerworden affirme que la théorie d'Apitz sur l'influence du potentiel de détermination et de réalisation sur la génèse des tumeurs trouve une application parfaite dans la sclérose tubéreuse. D'après cet auteur, dans la sclérose tubéreuse, il se forme au cours de la vie embryonnaire une prédisposition tumorale sur laquelle agissent les facteurs déterminant la réalisation. Dans ce cas, la tendance tumorale se réalise sous forme de formation tumorale au cours de la vie embryonnaire ainsi qu'après la naissance. D'après Hallerworden, les agents de réalisation peuvent être les matières cancérigènes, les hormones, etc... Sur un terrain de tendance tumorale, ces agents peuvent contribuer à la formation de tumeurs diverses.

Existe-t-il d'autres agents qui pourraient contribuer à réalisation ? Dans un cas d'inclusion mégalocytaire, nous avons observé, avec Ucar et Talia Bali Aykan, dans le cerveau, de grandes cellules de glia au voisinage des foyers d'infiltration. C'étaient des cellules de glia, riches en protoplasme et possédant un grand noyau, un peu semblables aux cellules géantes de la sclérose tubéreuse. Le même virus serait-il capable, s'il agit entre la quatrième et la cinquième semaine, de produire la glioblastomatose ? Nous ne pouvons encore répondre à cette question. L'étude approfondie de cas semblables pourra plus tard nous apprendre si les maladies à virus jouent un rôle dans la pathogénèse de la sclérose tubéreuse.

Maladie de Bourneville avec troubles mentaux

par MM. A.-G. Manceaux, J.-M. Sutter et Y. Pélicier (Alger)

Chez une jeune fille de 21 ans, le syndrome cutané de la maladie de Bourneville est représenté par des adénomes sébacés de Pringle (vérification biopsique), un molluscum et une tumeur de Koenen. Il existe des lésions du fond d'œil, de type phacomateux. L'arriération mentale, du niveau de l'imbécillité (Q.I. = 0,30) a été notée dans la première enfance ; plus récem-

ment, se sont manifestés un délire à thème érotomaniaque et enfin des troubles caractériels. Une masse calcifiée frontale signe vraisemblablement la présence d'une tumeur (électro-encéphalogramme), que l'on ne tentera pourtant pas d'opérer. Pas d'épilepsie convulsive, mais paroxysmes épigastralgiques se présentent comme des crises d'épilepsie abdominale.

Lipomatose symétrique de Lannois Bensande et troubles psychiques
par MM. Jean Carrier et Chabot (Lyon)

Il s'agit d'une lipomatose symétrique chez un sujet de 39 ans présentant de gros troubles dans le métabolisme des lipides (l'électrophorèse montre, entre autres, une nette augmentation des alpha-lipoprotéines ; les tests d'insuffisance hépatique sont positifs). Ce tableau s'associe à une démence avec délire de type paraphrénique assez dégradé liée à une atrophie cérébrale.

Illustration des syndromes psycho-pathologiques et spécialement des états d'arriération au cours des dyslipoïdoses.

Sur un syndrome neuro-ophtalmo-dysmorphogénétique chez un sujet mâle avec chromatine sexuelle féminine
par MM. Louis-S. Copelman, Mircea Atanasiu et Leonida Georgesco (Bucarest)

Le problème des malformations congénitales suscite un intérêt remarquable, car 96 % des embryons de grossesse tubaire, 60 % des avortements spontanés et environ 3 % du nombre total des naissances présentent des malformations. En Roumanie, un grand nombre de travailleurs ont organisé des recherches cliniques et expérimentales en vue d'éclaircir les causes et les méthodes de prévention des anomalies anatomiques. C. I. Parhon, St. M. Milco, Jean Jiano, Emile Craciun, Emile Repciuc, Cornel Bitza, Anatol Iosipesco, S. Lobel, A. Bacauanu, G. Arseni, I. Popesco-Sibiu, etc...

Les auteurs présentent une forme de phacomatose avec névrite optique bilatérale, gynécomastie, infantilisme sexuel et dystrophie osseuse chez un sujet de sexe gonadique mâle, avec chromatine sexuelle positive, donc un sujet avec sexe génétique féminin.

Le problème de la chromatine sexuelle découverte par Murray L. Barr, Bartram, Graham et leurs collaborateurs, a déterminé de remarquables travaux en France : Maurice Fabre, A. Netter, Y. Vague, Vitry, Gilbert Dreyfus, etc... La chromatine sexuelle, permettant de savoir par le diagnostic du sexe fœtal si l'enfant sera normal ou non, apporte une grande perspective à l'étude des phacomatoses.

Les auteurs rappellent à ce sujet les travaux remarquables de D. Serr.

Sur une forme familiale du syndrome Laurence Moon-Bield avec retard remarquable dans la formation de l'intelligence
par MM. S. Copelman et Mircea Atanasiu (Bucarest)

Présentation de deux frères, 16 ans et 18 ans, atteints du syndrome Laurence-Moon-Bardet-Bield, avec un arrêt remarquable dans la formation de l'intelligence, rétinopathie pigmentaire, gynécomastie bilatérale, malformations des extrémités et infantilisme génital. Remarquable ressemblance des

images radiologiques de la « sella turcica ». L. S. Copelman et Mircea Atanasiu discutent la pathogénie du syndrome à la lumière des récentes recherches sur l'anatomie du système nerveux et de l'appareil hypothalamo-hypophysaire.

Contribution à une étude psychométrique de la neuro-angiomatose encéphalo-trigéminée

par MM. J.-R. Cohen, R. Poiré et Mme N. Laporte

Etude psychométrique de deux cas d'angiomatose encéphalo-trigéminée dans le but d'analyser le syndrome oligophrénique et d'en préciser la description. On ne retrouve pas d'élément qui puisse être considéré comme pathognomonique de la maladie.

On met cependant en évidence la diffluence de l'attention, l'instabilité psycho-motrice, la difficulté de la concentration, la bradypsychie. On note par ailleurs la difficulté de la structuration spatiale et de l'organisation visuo-motrice. Le scatter à l'échelle de Wechsler-Bellevue participe à des éléments de la débilité simple et de l'organicité. La détérioration mentale semble indépendante du facteur épileptique. Il faut, bien entendu, tenir compte des difficultés de l'examen psychométrique inhérentes à l'oligophrénie même, et s'interdire de conclure sur la base de ces quelques données, qui n'ont pour but (en raison de la rareté de l'affection), que d'être comparées à d'autres travaux de même nature.

II. RAPPORT DE NEUROLOGIE

Valeur des examens para-cliniques au cours des accidents vasculaires cérébraux

par MM. P. Castaigne et J. Cambier

Les accidents vasculaires cérébraux tiennent parmi les facteurs de mortalité le troisième rang après les tumeurs malignes et les cardiopathies, aussi méritent-ils une attention particulière.

Est-il possible, à la lumière des procédés modernes d'investigation, de compléter utilement leur sémiologie ? C'est à cette réponse que se consacrent les rapporteurs.

Citant, sans y insister beaucoup, les examens de pratique courante : ophtalmologique, ponction lombaire, électrocardiogramme, explorations biologiques, les auteurs s'étendent sur les examens para-cliniques actuels :

A. — *L'électro-encéphalogramme* (asymétrie du rythme de base, présence d'un rythme lent sur l'ensemble de l'hémisphère atteint, existence d'un syndrome de souffrance cérébrale en foyer, présence de rythmes lents contralatéraux, signes électriques d'aspect paroxystique).

Etudes des principaux facteurs conditionnant les modifications de l'encéphalogramme au cours des accidents vasculaires cérébraux. Intérêt, pour le pronostic de l'électro-encéphalogramme, des accidents vasculaires cérébraux.

B. — *L'artériographie* et ses indications dans les accidents vasculaires cérébraux (diagnostic entre accident vasculaire et néoformation intra-cra-

nienne ; diagnostic entre lésion ischémique et hématome intra-cérébral ; diagnostic des anomalies vasculaires : anévrysmes et angiomes).

C. — *L'encéphalographie gazeuse,* et plus spécialement les encéphalographies gazeuses fractionnées.

Les rapporteurs aboutissent ainsi à une synthèse générale. Ils montrent la place, l'intérêt, l'utilité de ces examens para-cliniques pour le diagnostic et le traitement, ainsi que pour le progrès de nos connaissances physiopathologiques sur ces accidents vasculaires cérébraux.

Le rapport se termine par une riche bibliographie.

Discussion sur le rapport de neurologie

par MM. Courjon (Lyon), Paillas (Marseille), Rémond (Paris), Fazio (Gênes) et Dereux (Lille)

M. Dereux (Lille), fait deux remarques : l'une sur un point de sémiologie du rapport, l'autre sur son fond même.

Le point de sémiologie concerne les résultats de l'examen ophtalmologique dans les cas d'hémorragie méningée pure. L'auteur n'a pas trouvé dans ces cas une proportion aussi grande de stase papillaire que les auteurs.

L'autre point concerne ce que l'auteur pense être le prolongement pratique du rapport, dont il admet toutes les conclusions : la nécessité de la création de centres spécialisés pour le traitement des malades atteints d'affections vasculaires du cerveau.

Communications sur le rapport de neurologie

L'angiographie au cours des accidents vasculaires cérébraux

par MM. J. Bonnal, J. Logre et J. Pellegrin

Elle est indiquée dans trois circonstances : le diagnostic hésite entre un accident vasculaire et une tumeur ; le diagnostic est celui d'hémorragie cérébro-méningée, où le doute existe entre un hématome et un ramollissement ; le diagnostic est celui de ramollissement cérébral, soit par thrombose de la carotide interne, soit chez un sujet jeune, soit avec anomalies évolutives (épilepsie, ictus régressifs successifs).

Elle doit être faite précocement (4e à 6e jour), devant un accident hémorragique, par une intervention chirurgicale peut-être salvatrice même à ce stade précoce (6e à 8e jour), et une nouvelle rupture d'un anévrysme intracranien est fréquente au début de la deuxième semaine.

Il est avantageux de la faire plus tardivement en cas de lésions ischémiques. Elle est contre-indiquée chez les grands hypertendus, artério-scléreux âgés.

Au cours des lésions ischémiques, en particulier au cours des ramollissements sylviens, trois aspects différents sont rencontrés : des oblitérations de la carotide interne ; des oblitérations de l'artère sylvienne et de ses branches ; des images « normales », ce qui est le plus fréquent. Chacun de ces trois cas est détaillé.

Au cours des lésions hémorragiques, elle permet le diagnostic des hématomes superficiels, plus difficilement celui des hématomes profonds. Cer-

taines malformations vasculaires, cause de l'hématome, peuvent être oblitérées par des caillots et sont invisibles sur les clichés.

Clinique neuro-chirurgicale de la Faculté de Marseille (professeur Paillas).

Quelques images typiques d'angiographie au cours de syndromes vasculaires cérébraux

par MM. J. Duplay, Cl. Gard, F. Paoli et M. Camuzard (Nice)

Présentation d'images angiographiquec au cours d'accidents vasculaires divers du cerveau : angiome, anévrysme, hématome, méga-artères, thrombose de la carotide.

Epreuve de la compression carotidienne au cours des accidents ischémiques cérébraux. Etude clinique, électro-encéphalographique et électro-cardiographique de 121 sujets.

MM. J.-E. Paillas, J. Bonnal et Mme Y. Gastaut (Marseille) ont pratiqué la compression momentanée de chaque carotide, successivement des deux côtés, en observant les troubles provoqués sur le plan clinique, électro-encéphalographique, ophtalmologique, respiratoire et électro-cardiographique. De l'étude de 36 cas de thrombose carotidienne, 10 ligatures carotidiennes, 26 malformations vasculaires intra-craniennes, 32 artérites cérébrales, 4 tumeurs cérébrales, 6 malades mentaux avec électro-encéphalogramme normal, 7 sujets entièrement normaux, ils déduisent que l'épreuve de la compression carotidienne a la valeur d'un test, qui permet d'évaluer la valeur de la circulation cérébrale ; à ce titre, elle est très utile pour le diagnostic des thromboses de la carotide ou des artères hémisphériques. Le diagnostic différentiel est fait avec l'hypersensibilité sinusale. Les troubles observés au cours de l'association de ces deux syndromes sont décrits et discutés.

Note sur la mesure du débit sanguin cérébral dans l'artériosclérose et l'hypertension artérielle

par MM. L. Arne et H. Bricaud (Bordeaux)

Parmi les examens para-cliniques capables d'améliorer la connaissance des accidents vasculaires cérébraux, les auteurs rapportent leur expérience de la mesure du débit sanguin cérébral, de la consommation cérébrale en oxygène et de la résistance vasculaire cérébrale mesurée par la méthode de Kéty au protoxyte d'azote, dans six cas d'artériosclérose et dans douze cas d'hypertension artérielle avec accidents cérébraux.

Il semble que ces mesures permettent de considérer un facteur commun dans les deux artériopathies : l'augmentation de la résistance vasculaire cérébrale, tandis que le débit et la consommation en oxygène varient différemment suivant le degré tensionnel.

Dans deux cas de thrombose de la carotide, il est intéressant de noter une chute de la résistance vasculaire cérébrale au-dessus de l'obstacle. Enfin, dans le traitement par les alcaloïdes, de l'ergotoxine (hydergine), ces mesures permettent d'apprécier la valeur de la drogue.

(Travail des services de clinique du professeur Delmas-Marsalet et du professeurs Broustet).

Sur l'intérêt diagnostique de l'E.E.G. dans les accidents vasculaires cérébraux

par MM. R. Lecasble, M. Dondey et A. Rémond (Paris)

I. — Si l'électro-encéphalogramme ne permet pas toujours de faire le diagnostic entre accident vasculaire et tumeur cérébrale, dans un grand nombre de cas cependant, où le diagnostic clinique est hésitant, certains signes électriques nous semblent utiles pour orienter le diagnostic. En particulier, sont contre l'hypothèse d'un accident vasculaire, les cas où le maximum des signes électriques siège en dehors de la région temporale, les cas où il existe une discordance, soit dans l'intensité, soit dans la localisation, entre le syndrome clinique et le syndrome électrographique.

II. — De même, certains types de tracés nous semblent assez évocateurs pour permettre de faire le départ entre accident hémorragique et accident ischémique.

Des exemples sont montrés pour illustrer les cas.

Valeur de l'E.E.G. pour les indications neurochirurgicales au cours des accidents vasculaires cérébraux

par MM. J. Gaches et M. Dondey (Paris)

Présentation de 40 cas d'accidents vasculaires cérébraux avec vérifications anatomiques et histologiques.

Cholestéatome du diploe coexistant avec une anomalie carotidienne et une atrophie temporale

par MM. J. Duplay, Cl. Gard et P. Cossa (Nice)

Malade admis dans un service de médecine pour avoir présenté une chute spontanée dans la rue, avec petite crise localisée au côté droit. Passé dans le service de neuro-chirurgie à cause de l'électro-encéphalogramme, qui révèle de discrets rythmes thêta en temporal.

Il ne présente, à son entrée dans le service, aucun symptôme fonctionnel d'ordre neurologique, et à l'examen, en dehors d'une asymétrie faciale sans paralysie, on ne trouve non plus aucun signe neurologique ni somatique général anormal. A noter cependant la présence de trois kystes sébacés du cuir chevelu, de la grosseur d'une amande à une cerise, au niveau de la région temporo-pariétale droite.

Les radios du crâne standard montrent, au niveau de la région temporale droite, sur une surface d'environ une paume de main, une plage d'ostéolyses accentués à contour polycyclique.

Une artériographie droite met en évidence une thrombose de la carotide interne droite. L'artériographie gauche montre une vascularisation du territoire de la cérébrale antérieure droite pour le système carotidien gauche.

La compression carotidienne gauche enfin, faite sous électro-encéphalogramme, altère celui-ci de façon notable. La compression carotidienne droite est sans effet.

L'intervention faite le 14 janvier 1957 montre, au niveau de la plage d'ostéolyse, un volumineux cholestéatome (confirmé ultérieurement par

l'examen histologique), qui envahit la dure-mère et repousse le lobe temporal qui est atrophié.

On pratique un mois après une sympathectomie carotidienne droite : la carotide n'est pas thrombosée mais anormalement petite de calibre.

Le malade sort du service en bon état.

Au total, un accident léger qui amène à pratiquer une série d'examens complémentaires, qui mettent en évidence une anomalie carotidienne droite et un volumineux cholestéatome du diploe.

Les accidents vasculaires cérébraux chez l'Africain

par MM. H. Collomb, J. Bert et J. Rainaut (Marseille)

Les auteurs soulignent la fréquence des accidents vasculaires cérébraux, témoins de la fréquence de l'hypertension artérielle et de l'artériosclérose qui apparaissent chez l'Africain à un âge relativement très jeune. Ces faits paraissent en opposition avec ce que l'on sait du système endocrinien et du régime alimentaire de l'Africain.

A côté de l'hypertension artérielle et de l'artériosclérose, d'autres étiologies peuvent être invoquées, infectieuses et parasitaires en particulier, mais la preuve en est difficile à faire.

III. RAPPORT DE THERAPEUTIQUE

Nouvelles chimiothérapies en psychiatrie

par M. L. Gayral, avec la collaboration de M. R. Dauty

Rapport considérable et remarquablement approfondi, d'une documentation exceptionnellement abondante, où s'associe l'étude des propriétés physico-chimiques, de la pharmacologie, de l'activité physiologique.

Dans une première partie, les rapporteurs abordent la nomenclature et la désignation des nouvelles chimiothérapies psychiatriques.

Dans une deuxième partie, ils centrent leur travail sur les neuroleptiques, surtout sur les dérivés de *Rauwolfia serpentina* et sur les dérivés de la phénothiazine. Puis ils envisagent les orthothymiques non neuroleptiques, dérivés du diphényl-méthane ou des alcools aliphatiques. Ils citent ensuite les psychomimétiques : mescaline et acides lysergiques. Enfin, ils terminent en énumérant d'autres produits chimiothérapiques utilisés en psychiatrie, encore moins bien connus ou d'action encore incomplètement précisée.

Dans la troisième partie, ils énumèrent les applications cliniques de ces produits, leurs techniques d'emploi, leurs indications et leurs résultats. Ils décrivent aussi le syndrome neuroleptique.

La quatrième partie est consacrée aux accidents, incidents et incompatibilités.

On retrouve à la dernière page la table des dénominations et origines des divers produits chimiothérapiques actuels (appellation générique, dénomination commune, dénomination commerciale, firme, pays).

Cet important rapport vient bien en son temps. Il apporte une indispensable clarté dans cette avalanche de produits chaque jour nouveaux. Il fait le point quant aux innombrables publications qu'a provoquées cette thérapeutique. C'est un véritable bréviaire de chimiothérapie psychiatrique.

Selon les tendances du jour, il a inspiré une vaste discussion de MM. Fouks (Poitiers), Balvet et Vermorel (Bron), Maurel (Rouffach), Cossa (Nice), Deniker (Paris), Charlin (Besançon), Hesnard (Toulon).

Communications sur la Thérapeutique

Nouveaux aspects expérimentaux de l'activité centrale de dérivés de la phénothiazine

par MM. S. Courvoisier, R. Ducrot, J. Fournel et L. Julou
(Laboratoires de recherches
de la Société des usines chimiques Rhône-Poulenc, Vitry-sur-Seine)

Les auteurs utilisent un certain nombre de tests pour mesurer l'activité centrale des amines dérivées de la phénothiazine. De nouveaux produits récemment synthétisés montrent une dissociation nette de l'activité suivant les divers tests, contrairement à la chlorpromazine, qui exerce une véritable polyvalence d'action. Cette dissociation se limite à deux grands groupes de tests, sur lesquels les produits possèdent deux types de cinétiques différents.

Le premier groupe représente les tests d'action « sédative », le second les tests d'action « psychoplégique ».

Les auteurs discutent ces résultats et émettent quelques hypothèses sur les corrélations possibles entre ces nouveaux faits expérimentaux et les observations cliniques.

Réflexions sur la chimiothérapie psychiatrique

par MM. H. C. B. Deuber et J. H. Trauis (New-York)

L'installation de la chimiothérapie psychiatrique à Manhattan State Hospital, en provoquant de grandes améliorations ainsi que des rémissions fréquentes chez les malades nouvellement admis et chez les chroniques, a créé de nombreux problèmes d'ordre administratif. Comment préparer les médecins à faire face à ce nouveau climat psychique ; comment orienter le personnel vers l'ergothérapie, devenue d'une importance primordiale ; comment donner à nos malades l'attention individuelle qu'ils réclament ; ce travail essaye de résoudre ces problèmes.

L'activité thérapeutique de la réserpine dans les syndromes confusionnels

par M. Piero Benassi (Reggio Emilia)

L'auteur rapporte les résultats thérapeutiques obtenus avec la réserpine dans la psychose confusionnelle aiguë (encéphalose azotémique) dans les psychoses confusionnelles puerpérales, dans celles d'origine alcoolique, dans les confusions émotives, dans les formes périodiques ou récidivantes, dans celles symptomatiques de la manie, de la mélancolie et de la schizophrénie, dans les syndromes confusionnels épileptiques, post-traumatiques, et dans les confusions chroniques ou démentielles. Tandis que les cadres confu-

sionnels aigus ou critiques avec excitation et avec état maniaque, ou avec activité psycho-sensorielles pathologiques, ou avec anxiété, sont plus ou moins rapidement guéris avec la thérapie réserpinique, les formes d'origine toxi-infectieuse accompagnées de compromission générale de l'organisme, celles avec phénomènes de dépression ou d'inhibition et les états confusionnels consécutifs aux lésions organiques du S.N.C., ressentent peu ou torpidement d'une telle thérapie. De tels résultats thérapeutiques sont discutés, en considération des problèmes étiopathogéniques propres des syndromes confusionnels, en relation avec l'activité pharmacodynamique de la réserpine.

De quelques effets paradoxaux dus à l'influence de la réserpine

par Mlle H. Pélissier et M. J.-Fr. Dermenghem (Montpellier)

Au cours de traitements par la réserpine, les auteurs ont constaté que sur 40 cas traités au même moment par la réserpine, cette drogue provoquait chez 5 des malades, et bien avant les signes d'intoxication d'allure parkinsonienne, des effets d'excitation majeure : soit clastique, soit agressive, soit surtout turbulente.

Parmi les 5 observations rapportées, il convient de souligner que 4 de ces malades sont atteintes de dégénérescence nerveuse mise en évidence par des P.E.G. montrant des atrophies diffuses et par une hérédité directe psychopathique, soit chez l'un des ascendants, soit chez les deux. Les électro-encéphalogrammes ont également présenté des anomalies en cours de traitement. Le syndrome schizophrénique ainsi mis en expansion a montré que le seuil de communicabilité des malades était abaissé mais qu'en même temps l'incohérence des pensées, et l'agressivité des actes s'aggravaient. Ainsi, peut-on envisager qu'une étude plus détaillée et plus analytique des effets de la réserpine pourrait préciser le mécanisme intime des schizophrénies, qui semble avoir un substratum organique et des composantes psychiques bien différenciées.

Trois observations d'accident hémorragique de l'appareil digestif survenus au cours de traitements par la réserpine

par MM. L. Vallade, H. Hugonenq et J.-P. Jude (Aix-en-Provence)

Les auteurs relatent trois observations d'hémorragies (deux hémorragies intestinales et une hématémèse), survenues au cours de traitements avec la réserpine, dans un cas très rapidement (au bout de quatorze jours avec 6 mgr.), et au contraire tardivement dans les deux autres cas (six mois avec 6 mgr. et sept mois avec 10 mgr.).

Aucune récidive n'a été constatée après suppression de la médication dans deux cas et diminution de la dose dans le troisième.

Les trois malades n'avaient pas de passé digestif, et dans les deux cas où l'examen radiologique a été possible, aucune lésion n'a pu être mise en évidence.

La ressemblance de ces accidents avec ceux décrits par Reilly dans les phénomènes d'irritation neuro-végétative offre un gros intérêt pathogénique.

Communication sur la réserpine

par MM. Masini et Modanesi (Genova)

L'auteur, après avoir brièvement exposé quelques données de la littérature, et à la lumière des données déduites des observations personnelles, souligne l'importance de l'orientation neuro-végétative individuelle, au bout du choix des médicaments neuroplégiques, de la réserpine en particulier, pour le traitement thérapeutique.

C'est tout juste l'étude comparative de l'effect de ces neuroplégiques, sur le même individu en rapport avec l'orientation neuro-végétative, qui permet de conclure pour un niveau d'action centrale de la réserpine, qui se déploie par un effect ortho-sympathicolytique, tandis que, sur le même sujet, la chlorpromazine exerce un effect central opposé (para-sympathicolytique) et en plus un effect périphérique de type ganglioplégique.

La méthopromazine en psychiatrie

par MM. A. Achaintre, J. Perrin, P. Broussolle, P. Lambert, M. Beaujard, P. Balvet, L. Revol, C. Berthier et A. Requet (Bron)

La méthopromazine (4632 R.P. ou mopazine) a été utilisée chez 60 malades avec, comme dose moyenne : 400 mgr. par jour, et durée moyenne de traitement : 40 jours.

Les indications sont très larges, elles sont semblables à celles du largactil. Les effets thérapeutiques sont certains, mais généralement inférieurs à ceux de la chlorpromazine, de la prochlorpérazine ou du 7044 R.P.

Par contre, la tolérance est meilleure, ce qui en fait un médicament précieux en thérapeutique extra-hospitalière, que ce soit en post-cure ou non. En pratique hospitalière, on l'utilisera comme relais après thérapeutique avec les phénothiazines, plus puissantes mais moins bien tolérées, ou d'emblée dans les syndromes récents ou d'acuité modérée.

Traitement de la schizophrénie par le 6140 R.P. (prochlorpérazine) Résultats cliniques et E.E.G.

par MM. N. Duc, J. Minvielle et M. Danan (Montpellier)

Le contrôle de l'effet de la chlorpérazine chez les schizophrènes démontre son efficacité dans les formes où domine l'excitation psycho-motrice, là où des médications majeures avaient échoué. Les doses efficaces (60 à 90 mgr.) sont proches de celles qui procurent des signes de surcharge ou d'intolérance. Ceux-ci sont dénués de gravité et s'effacent lorsque l'amélioration clinique permet la réduction des doses : ils s'accompagnent de modifications du tracé électro-encéphalographique, qui n'indiquent pas un dysfonctionnement cérébral.

L'amélioration clinique est souvent parallèle à la normalisation du tracé électro-encéphalographique.

Essai thérapeutique de la prochlorpérazine

par MM. H. Maurel, J. Perrin, Mlle Haumonte et M. J. Spielmann (Rouffach)

D'après 107 observations, les auteurs rapportent leurs premiers résultats d'un essai thérapeutique de la prochlorpérazine en milieu psychiatrique

fermé. Sur 63 cas de schizophrénie chronique, ils ont observé 12 grandes améliorations, 17 améliorations moyennes, 23 améliorations légères, 9 échecs et 2 aggravations. Dans près de la moitié des cas de psychoses chroniques des améliorations notables ont été obtenues. Sur 8 cas de manie aiguë, 7 ont été guéris en moins d'un mois. Les doses efficaces semblent situées entre 30 et 200 gr. Il semble que la prochlorpérazine puisse être considérée comme un neuroleptique d'efficacité comparable à celle de la chlorpromazine et de la réserpine. La fréquence relative des accidents extra-pyramidaux aigus (11 cas) impose, malgré leur évolution constamment bénigne, la mise en route du traitement en milieu hospitalier.

Etude clinique et nosologique des manifestations neurologiques provoquées par l'administration de la prochlorpérazine

par MM. B. Schott et P. Broussolle (Lyon)

La gamme sémiologique de ces incidents (30 observations) est étendue, comportant :

1° des hypertonies permanentes d'aspect parkinsonien, mais avec fréquentes « kinésies paradoxales » ;

2° des mouvements d'agitation psychomotrice labiles, ou durables, avec rythmies bien spéciales (attitude de piétinement, de pédalage, de danse) ;

3° surtout des hypertonies paroxystiques d'apparition précoce et sous posologie faible, à type de crises généralisées (« crises stémétiliennes »), ou plus souvent localisées, uni ou bilatérales, parcellaires même, affectant les muscles de la face, du cou, du tronc et des membres, réalisent en bref tous les aspects des contractures considérées comme d'origine extra-pyramidale, ou encore pithiatique. Les manifestations des types 1 et 2 semblent liées à « l'activité phénotiazine » du produit ; les crises de contracture, par contre, en paraissent presque caractéristiques, suggestives d'une action pharmacodynamique élective sur les noyaux striés, engendrant les mouvements anormaux par action directe, ou accessoirement par l'intermédiaire des modifications psychiques induites (« pithiatisme médicamenteux »).

Résultats favorables obtenus par le 6140 R.P. chez d'anciens schizophrènes n'ayant pas tiré bénéfice des autres ganglioplégiques

par les Drs G. Boittelle et Cl. Boittelle-Lentulo,
Mlles M. Mordret et A. Fouret (Epinay-sur-Orge)

Un certain nombre de schizophrènes anciens considérés comme chroniques et incurables, échecs de toutes les autres thérapeutiques et n'ayant pas réagi de manière favorable aux autres ganglioplégiques, ont été améliorés ou même guéris par le 6140 R.P., administré à doses moyennes d'environ 100 mgr. par jour. Peu de troubles neurologiques ont été remarqués avec ces doses. Les améliorations ont porté, tant sur la sphère affective que sur l'activité, et les idées délirantes ont pu chez certains être favorablement influencées. A côté de ces bons résultats, on retient aussi un bon nombre de malades inchangés ; chez d'autres, des résultats très favorables ont été obtenus en associant le 6140 R.P. aux autres ganglioplégiques.

Contribution à l'étude des effets cliniques obtenus par la prochlorpérazine (6140 R.P.) dans divers syndromes psychiatriques

par MM. L. Vallade, G. Miletto, H. Hugonenq et A. Espinas (Aix-en-Provence)

Sur 64 cas traités, à des doses faibles ou modérées (60 à 120 mgr.), les auteurs relatent une amélioration nette chez 33 malades.

L action du produit fut particulièrement remarquable, et il fut bien toléré dans les accès d'excitation maniaque (huit guérisons rapides sur huit cas), qui avaient résisté à d'autres traitements. L'association des doses faibles (30, 40 mgr.) et deux ou trois séances d'électro-choc donnent aussi d'excellents résultats chez de tels malades.

Outre cette action inhibitrice ou sédative, le 6140 R.P. a une action activatrice sur le psychisme des déments précoces traités sans succès par d'autres agents neuroleptiques (19 améliorations sur 38 malades traités).

Mais les manifestations d'intolérance provoquées par ce médicament semblent plus précoces et plus marquées qu'avec les autres neuroleptiques. Elles se caractérisent par des syndromes d'excitation psychomotrice assez fréquents (20 % des cas) et des syndromes extra-pyramidaux (8 %) avec douleurs musculaires pénibles.

Contribution à l'étude des effets électro-encéphalographiques et électromyographiques obtenus par la prochlorpérazine (6140 R.P.) dans divers syndromes psychiatriques

par MM. G. Miletto, L. Vallade, H. Hugonenq et J.-H. Barrabino (Aix-en-Provence)

Du point de vue électro-encéphalographique, il est possible de dire que la prochlorpérazine entraîne beaucoup plus d'altérations que les autres dérivés de la phénothiazine. Il existe dans nos tracés un ensemble cohérent de signes d'hyper-synchronisation et de ralentissement évoquant une baisse d'activité de la substance réticulée, surtout dans sa partie haute, qui nous a paru très fréquent.

Du point de vue électromyographique, on a constaté l'existence de fasciculations musculaires très localisées et très mobiles qui, quelquefois, n'étaient pas visibles à l'examen clinique.

Nouveaux essais de l'acépromazine en thérapeutique psychiatrique

par MM. J. Delay, P. Pichot, T. Lempérière, R. Escourolle et A. des Lauriers (Paris)

L'emploi de l'acépromazine chez 34 malades confirme, dans l'ensemble, les résultats de notre expérimentation antérieure. L'activité du produit est habituellement supérieure à celle de la chlorpromazine, à doses égales. Son action sur les états d'excitation psychomotrice, spécialement sur les syndromes maniaques, permet de l'intégrer dans les médications neurologiques. Son action sur les psychoses chroniques est semblable à celle de la chlorpromazine. Son efficacité sur les dépressions mélancoliques est très réduite. Nous n'avons observé aucune complication extra-pyramidale, cutanée ou hépatique.

Etat d'excitation psychique consécutif à l'ingestion de piprodiol

par Mmes Boittelle-Lentulo, Fouret et Morteret (Epinay-sur-Orge)

Etat d'excitation psychique d'aspect pseudo-maniaque d'apparition assez brusque chez un homme de 30 ans, accompagné d'idées délirantes d'influence. L'absorption exagérée et durant une assez longue période de mératran (piprodiol) semble avoir été à l'origine de cet état.

Il est à noter l'analogie de cette observation avec celles rapportées à la suite d'ingestion d'amines psychotoniques malgré la différence de formule chimique du produit ingéré.

Le méprobamate en thérapeutique psychiatrique

par MM. Fouks, Lainé, Largeau et Pagot (Poitiers)

Les auteurs rapportent les résultats qu'ils ont obtenus au cours de deux années d'expérimentation du méprobamate. Ils insistent sur son action remarquable dans l'anxiété non psychotique, l'insomnie, la tension intérieure, les dystonies neuro-végétatives, les dépressions induites par les neuroleptiques et sur l'intérêt de son association dans les cures de sommeil, aux autres tranquillisants, en particulier au SCTZ, ainsi qu'au CH 36 dans les états mélancoliques.

Utilisé à des doses de 2 à 5 comprimés par jour (doses à 400 mgr.), la toxicité du produit leur a paru très faible. Ils signalent cependant quelques cas de somnolence diurne, des vertiges et des états ébrieux avec incoordination.

Essais de traitements par le mépromabate en pratique psychiatrique hospitalière

par M. le Dr Beaujard

Le méprobamate a été utilisé chez des malades hospitalisés pour des affections neuro-psychiatriques diverses (enfants et adultes), dans deux catégories d'indications : contractures consécutives à une encéphalopathie infantile (4 cas) d'une part, syndromes psychiatriques à composante anxieuse (10 ans) d'autre part.

Le méprobamate se révèle surtout comme un médicament d'appoint en pratique psychiatrique hospitalière.

Premiers résultats avec une nouvelle phénothiazine

par MM. Denber et Trauis (New-York)

La recherche des phénothiazines, plus actives que la chlorpromazine, se poursuit avec l'espoir de réaliser une substance comprenant à la fois une action « anti-psychotique » plus puissante et un pouvoir sédatif moins intense. Ce travail présente une étude de 15 malades aigus et 35 malades chroniques traités au SC-7105 (« dartal »). Cette substance s'est révélée extrêmement active chez les malades chroniques. La dose, les accidents et les résultats furent égaux entre les sexes. Le fait que le SC-7105 se montre capable de déclencher un état extrapyramidal confirme nos pensées que toute substance chimique efficace dans le traitement des psychoses doit être douée de cette propriété. Le corps strié serait-il un relais dans la chaîne neuronale activée par les drogues ?

La thérapeutique des psychoses conessiniques par le frenquel

par MM. H. Collomb, J. Bert et J. Pasturel (Marseille)

La conessine et ses dérivés, médicaments d'efficacité remarquable dans l'amibiase, ont été presque abandonnés à cause des troubles mentaux parfois graves qu'ils provoquent, surtout en milieu tropical.

Le frenquel, d'après une expérience clinique limitée à onze cas, représente une excellente thérapeutique des psychoses conessiniques. Utilisé à titre préventif, il doit permettre l'emploi des dérivés conessiniques en toute sécurité.

Des études expérimentales chez l'animal n'autorisent pas encore de conclusions formelles quant à l'action sur le système nerveux de la conessine et du frenquel.

Effets de la sérotonine sur le système nerveux central

par MM. R. Pierre, J. Cahn, G. Georges, Mlles M. Dubrasquet et M. Hérold (Paris)

Les auteurs récapitulent les recherches expérimentales qu'ils ont effectuées depuis trois ans sur la sérotonine. Ils rappellent que ce corps est un prolongateur d'anesthésie — barbiturique beaucoup plus qu'un potentialisateur, et ce sur différentes espèces animales ; cette action s'observe également 24 heures après son administration ou 36 heures après une imprégnation de sept jours ; enfin, cet effet peut être annulé par l'injection de banthine, d'atropine, et de L.S.D. 25, ou renforcé par l'adjonction entre autres de prostigmine. Ces faits font penser à un mécanisme d'action cholinergique que l'on retrouve d'une façon plus ou moins pure sur l'intestin isolé *in vivo*, sur les effets tensionnels, sur l'œdème au dextran chez le rat. D'autre part, la sérotonine possède une action antichoc, inhibe l'activation hypophyso-surrénalienne consécutive à différents chocs, n'a pas d'action corticotrope. Les auteurs décrivent les modifications életro-encéphalographiques produites par le 5 HT ; la L.S.D. est capable, à dose suffisante, de les annuler : le viadril et, à un degré moindre, l'hydroxizine et la méthopromazine, sont capables de faire disparaître les perturbations électro-encéphalographiques provoquées par la 5 HT en traitement chronique. A dose faible ou moyenne, la sérotonine déprime le métabolisme cérébral des hydrates de carbone et des phosphates inorganiques ; à dose forte, au contraire, elle semble être excitante.

Note sur la sérotonine en psychiatrie

par MM. Fouks, Lainé, Largeau et Pagot (Poitiers)

Les auteurs rapportent les résultats de leur expérimentation de la sérotonine depuis 18 mois. 167 malades ont été traités. La voie parentérale a rapidement cédé la place à l'administration *per os*, plus active et mieux tolérée, aux doses de 20 à 60 mgr. par jour. Les incidents (asthénie, hypothermie, hypotension) furent rares.

La sérotonine ne facilite pas le sommeil. L'effet le plus constant et le plus marquant est un effet d'activation avec socialisation et reprise de l'activité pragmatique, sans action correspondante sur l'activité délirante et hallucinatoire.

Les auteurs insistent sur cette dissociation et cet effet sélectif. Ils concluent que la sérotonine est un psychotonique euphorisant, indiqué dans tous les états d apathie, d'inertie et d'athymormie. Ils insistent sur l'intérêt de la sérotonine comme correcteur des effets dépressifs du serpasil.

Note sur l'utilisation en psychiatrie d'un nouveau sédatif-hypnogène d'origine vitaminique, le S.C.T.Z.

par MM. Fouks, Lainé, Largeau et Pagot (Poitiers)

Pendant quinze mois, les auteurs ont expérimenté le S.C.T.Z. Ils ont traité 183 malades, utilisant le produit à la dose de 2 à 3 gr. par jour. Ils n'ont observé aucun incident.

L'action du S.C.T.Z. leur a semblé intéressante dans les syndromes psychiatriques. Dans les psychoses aiguës, il facilite la cure de sommeil ; dans le delirium, en particulier, il provoque un endormissement rapide, avec sommeil léger et facilement réversible ; dans les schizophrénies et les délires chroniques, associé et parfois même substitué aux neuroleptiques, il a permis d'améliorer un certain nombre de malades. Associé au méprobamate, son action a semblé également favorable dans les syndromes dépressifs, les états d'instabilité, les troubles caractériels et les troubles du sommeil.

Action du S.C.T.Z. dans les états maniaques

par MM. P. Royer, P. Laporte et H. Bourghoud (Noney-Loxou)

Exposé des premiers essais thérapeutiques pratiqués en clinique psychiatrique au moyen du chlortazol (S.C.T.Z.).

On observe, dans les états maniaques, une nette régression de l'excitation psychomotrice, une mise en veilleuse de l'agitation et de l'exubérance, un « fading » de la logorrhée et de la turbulence.

D'une façon générale, chez les sujets présentant des signes d'éréthisme nerveux, le chlortazol provoque une détente et une relaxation, parfois spectaculaires, allant de pair avec une reprise progressive d un rythme de sommeil normal.

Aux doses employées dans les traitements des affections mentales, le produit ne perturbe apparemment pas les métabolismes et s'avère dénué de toxicité.

Un dérivé du noyau thiazolique de la vitamine B1 le méthyl-4-3-hydroxyéthyl-5-striazole ou (S.C.T.Z.) nouvelle substance à action hypnogène en thérapeutique psychiatrique

par MM. R. Coirault, R. Damasio, P. Davidou et M. Bernard (Val-de-Grâce)

Les auteurs présentent les premiers résultats obtenus en psychiatrie avec un dérivé de la vitamine B1 : le méthyl-4-3-hydroxyéthyl-5-striazole. C'est un produit directement dérivé du noyau thiazolique de la vitamine B1.

Déjà étudié par Laborit et coll., et Charonnat et coll., récemment, il mérite d'être utilisé en psychiatrie dans tous les cas où l'on veut calmer un état d'agitation (par voie intraveineuse) et dans les cas d'anxiété avec insomnie (voie intraveineuse ou *per os*).

Du rôle d'un neuro-stimulant l'imide de l'acide β-éthyl-β-méthyl glutarique ou bémégride (mégimide) en neuro-psychiatrie

par MM. R. Coirault, Schuller, Davidou, Bataillard et Bernard (Val-de-Grâce)

Les auteurs exposent les résultats thérapeutiques obtenus avec un neuro-stimulant, l'imide de l'acide-β-éthyl-β-méthyl glutarique ou hémégride (mégimide).

Préconisé par Shaw dans le traitement du coma barbiturique (premier cas français traité par Cossa), utilisé par Delay et coll. comme substance déactivant l'électro-encéphalogramme, les auteurs ont étendu son emploi à divers syndromes liés à une atteinte réversible des cellules et des fibres nerveuses.

1° Atteinte du neurone périphérique (polynévrites, radiculites, névralgies sciatiques).

2° Atteinte centrale, dans les états mentaux liés à une atrophie cérébrale (involution sénile, troubles du comportement avec indifférence et apragmatisme de certains traumatisés craniens).

3° Troubles fonctionnels avec anxiété et insomnie coïncidant avec une hypo-excitabilité neuro-musculaire.

Ils discutent les possibilités d'une sismothérapie médicamenteuse dont les indications, qu'il n'est pas possible encore de préciser, pourraient être différentes de celles de la sismothérapie électrique.

L'action sur le métabolisme de la cellule nerveuse permettrait à celle-ci de se repolariser. Ainsi, le bémégride paraît être un neuro-stimulant s'opposant aux psychotoniques.

L'action du 7044 R.P. dans les états d'excitation

par MM. L. Anglade, J. Fraillon, P. Maunoury et M. Merceron (Le Mans)

Les auteurs rapportent l'action intéressante du 7044 R.P. dans les états d'excitation, principalement maniaques, citant 16 malades pour qui ce neuroleptique a été la seule thérapeutique utilisée. Ils emploient des doses fortes de l'ordre de 400 à 500 mgr., entraînant une sédation presque immédiate des manifestations aiguës. Le traitement doit être prolongé pendant trois à quatre semaines (au total 4 à 8 gr. *per os* de 7044 R.P.). L'électro-encéphalogramme reflète l'évolution clinique favorable. Les auteurs signalent enfin comme incident l'apparition chez deux sujets de troubles extra-pyramidaux durables.

Effets psychiques de la cyclosérine chez les malades mentaux

par MM. J. Guyotat, R. et P. Reyss-Brion et Mme Simon (Lyon)

Les auteurs ont utilisé la cyclosérine chez 19 malades d'hôpital psychiatrique : sept délires chroniques hallucinatoires, six schizophrénies, une mélancolie délirante chronique, un éthylisme chronique avec bouffées délirantes subaiguës récidivantes, un état mixte périodique sur fond de débilité mentale, une hypocondrie délirante, un cas de bouffées délirantes chez un dégé-

néré, un cas de manifestations impulsives chez un débile caractériel. On a donné des doses variant de 750 mgr. à 1 gr. par jour pendant un temps variant, suivant les cas, de un mois et demi à quatre mois. La cyclosérine a été essayée en raison de l'action euphorisante qu'on lui connaît chez certains tuberculeux pulmonaires. Pour la plupart des malades, un électroencéphalogramme avait préalablement été fait. Certains malades ont été mis au gardénal, d'autres ont gardé le largactil qu'ils avaient déjà auparavant, d'autres enfin ont eu de la cyclosérine seule.

Pour ces 19 malades, un seul qui n'avait pas de gardénal (syphilis cérébrale ancienne, délire paranoïde) a fait une crise comitiale. Pour trois malades (une hypocondrie, une schizophrénie, une mélancolie délirante chronique lobotomisée sans succès) : amélioration nette de l'état psychique. Dans un cas, une somnolence qui a cédé à la diminution de la dose. Pour un cas, un œdème des membres inférieurs avec hyperprotéinémie. Dans un cas, une modification des caractéristiques du délire (changement d'humeur et de thème délirant). Pour les autres malades, aucun incident. Dans l'ensemble, reprise de poids.

Les auteurs tirent de ces faits quelques conclusions sur l'emploi de la cyclosérine chez les malades mentaux (tolérance, valeur thérapeutique, mode d'action).

Influence d'enzymes, d'inhibiteurs enzymatiques ou d'oxydoréducteurs sur la narcose sous hypothermie expérimentale

par M. J. Cahn, Mlles J. Alano, N. Barré et MM. Hérold, R. Pierre (Paris)

Les auteurs décrivent les effets sur la durée de la chute thermique, la durée de la narcose, la température de réveil et le rythme respiratoire de rats mis en hypothermie par hibernation artificielle ou réfrigération externe, de différents enzymes ou inhibiteurs enzymatiques. Ils en concluent que la réfrigération externe bloque le transport des électrons dans la chaîne respiratoire à partir des flavo-protéines jusqu'aux cytochromes, arrête les processus de phosphorylation et bloque l'atpas ; sous hibernation artificielle, ils observent le même blocage de la chaîne de transport des électrons et une accentuation du découplage entre les processus d'oxydation et de phosphorylation. Ces modifications sont labiles et disparaissent quand la température des animaux remonte au-delà de 30°C.

Psychose hallucinatoire guérie par cure de neuroleptique et prothèse auditive chez une malade atteinte de surdité depuis de longues années

par M. A.-M. Rance, Mme A. Jurquet-Maillet et M. J. Roger (Marseille)

Les auteurs rapportent une observation d'une malade âgée de 53 ans, présentant une psychose hallucinatoire évoluant depuis de nombreuses années, et ayant subi diverses thérapeutiques sans succès, et ayant amené la malade à l'internement. Ces manifestations hallucinatoires se sont organisées parallèlement à l'installation d'une surdité.

Traitée dès son admission par l'association chlorpromazine et réserpine, la malade a présenté une amélioration, portant surtout sur son agitation et son comportement. Tolérance mais persistance des hallucinations.

Le début de la psychose ayant paru aux auteurs en rapport avec l'évolu-

tion de la surdité, et tenant compte de la structure de la personnalité de la malade, décidèrent de tenter la prothèse auditive, celle-ci ayant été possible et réalisée : disparition de toutes les manifestations hallucinatoires et critiques de l'état antérieur.

Guérison définitive.

Action de la chlorpromazine dans les syndromes excito-confusionnels graves s'apparentant aux délires aigus

par MM. B. Pommé, R. Planche et J. Gilbert (Clermont-Ferrand)

Il est maintenant classique de constater l'action bénéfique de la chlorpromazine dans les états excito-confusionnels. Certains syndromes, que l'on peut rattacher aux délires aigus par l'acuité des signes généraux et psychiques, et même par une azotémie élevée (jusqu'à 3 gr. 50), posent deux ordres de problèmes :

1° Un problème nosographique, car le diagnostic de délire aigu azotémique est extrêmement grave à porter. Il s'agit plutôt, dans nos observations citées, de délires aigus abortifs, peut-être à cause d'une thérapeutique précoce.

2° Un problème thérapeutique beaucoup plus important. La chlorpromazine donne de très bons résultats, mais la façon de l'appliquer est essentielle et une hibernation vraie ne s'impose plus comme aux premiers temps de la découverte des neuroleptiques. Une observation est particulièrement démonstrative à ce sujet : chez un même malade, un premier accès aigu fut guéri par hibernation ; le deuxième accès, strictement semblable, fut guéri par la chlorpromazine seule, sans réfrigération, et aux doses de 500 mgr. injectables par 24 heures.

Neuroleptiques et psychothérapie dans la post-cure

par MM. P.-A. Lambert, M. Croisat, A. Diéderichs et J. Vacogne (Chambéry-Bassens)

Les neuroleptiques sont utilisés à l'hôpital comme en post-cure et permettent souvent des récupérations intellectuelles complètes. Mais, certains de leurs inconvénients, mineurs à l'hôpital, prennent pour le malade un relief important à la sortie ou à la reprise du travail (coût des médicaments, somnolence...). Il convient de ne pas les minimiser, mais de rechercher le moyen de les pallier, en particulier au cours d'une relation médecin-malade aussi étroite que possible. Celle-ci, à son tour, dépassant l'état psychotique tenu en rémission par la médication, tentera de résoudre les tensions susceptibles de perturber l'équilibre du sujet et, dans certains cas, le conduira vers une émancipation plus large.

Correction des troubles secondaires des neuroleptiques par la préparation C. 4311 C. (ritaline)

par MM. Michel Baudry et René Pache (Marseille)

Compte rendu des effets thérapeutiques de cette drogue psychotonique sur un groupe de 25 malades chroniques présentant un syndrome d'intoxication d'intensité variable à la suite des traitements neuroleptiques.

Récupérations physique et psychique rapides des grands alcooliques avec les associations vitaminiques intraveineuses à fortes doses

par MM. G. Boittelle, P. Delteil, J. Leyrie et M. Mordret (Epinay-sur-Orge)

L'idée leur est venue, en constatant les améliorations physiques rapides obtenues chez les dénutris par les hydrosols polyvitaminés à haute dose, de l'employer chez les grands alcooliques qui présentent une atteinte profonde de l'état général avec asthénie, anorexie, amaigrissement. Ils ont pratiqué l'injection intraveineuse à raison d'environ deux flacons par jour de 10 cc. d'hydrosol polyvitaminé. Dans certains cas graves, la dose a été augmentée, l'injection se fait en perfusion lente dans du sérum fructosé. L'action sur l'état physique et mental, sauf dans les cas de delirium tremens, est spectaculaire et très rapide ; dès le troisième jour, le malade remange, se sent énergique. L'action sur le tremblement est plus lente. Il n'y a plus l'asthénie qui suit les cures de strychnine et qui est un facteur de rechute. La durée d'hospitalisation a pu être sensiblement réduite.

Deux mille électro-chocs sous anesthésie et succinyl-choline

par MM. Maurice Porot et E. Bisquerra (Alger)

Plus de 2.000 électro-chocs ont été faits à plus de 200 malades selon la technique préconisée par les auteurs en 1954, technique qu'ils ont peu modifiée : 20 à 30 cgr. de penthiobarbital sodique additionné d'atropine suivis de un mgr. de succinyl-choline (célocurine) par kilo de poids, sont injectés par voie veineuse.

Cette technique supprime totalement l'angoisse engendrée par la sismothérapie et permet le traitement ambulatoire des malades (800 séances). Elle exige toutefois, selon les auteurs, la collaboration constante du psychiatre et de l'anesthésiste-réanimateur, grâce à laquelle la sécurité est absolue : aucun accident ou incident n'a été constaté sur plus de 2.000 séances.

Résultats de 20 ans de pratique de la cure de Sakel

par M. J. Rondepierre (Paris)

Pratiquant depuis 1936 la cure de Sakel, j'ai cherché à établir les résultats éloignés, les seuls vraiment intéressants de cette thérapeutique dans la schizophrénie. Je rapporte ici les pourcentages de guérisons obtenues dans mon service de Ville-Evrard pour les années qui vont de 1938 à 1955, d'après les réponses reçues (58 %) sur 340 lettres envoyées.

Devant la rareté de la publication de tels résultats éloignés, je crois pouvoir énoncer, avec toutes les prudentes réserves qui s'imposent, que la cure de Sakel m'a donné dans la schizophrénie :

1° A peu près la moitié d'apparentes guérisons dans les suites immédiates.

2° A peu près le quart de guérisons confirmées au bout de quelques années.

3° Les guérisons qui se maintiennent encore après quelques années ont de très fortes chances de durer au moins quinze ans, du moins d'après notre expérience, puisque la proportion des guérisons confirmées est aussi bien de 25 % environ pour les années remontant au-delà de 1943 que pour les années 1950 ou 1951.

Il semble donc que cette statistique n'autorise pas actuellement l'abandon de la cure de Sakel dans la schizophrénie.

Statistiques sur l'évolution des psychoses maniaco-dépressives depuis l'électro-choc

par M. L. Fromenty (Tours)

L'auteur ayant étudié l'évolution de psychoses maniaco-dépressives chez 600 malades femmes, avant et après l'emploi de l'électro-choc, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Notre statistique semble prouver que l'emploi de l'électro-choc a raccourci la durée de la maladie de trois quarts.

2° Sur le nombre total de malades étudiées, on a constaté que les récidives (c'est-à-dire les rechutes) restaient sensiblement aussi fréquentes avant l'emploi, et après l'utilisation de l'électro-choc.

3° Chez les neuf malades dont nous avons pu comptabiliser pendant quatorze ans avant, et pendant quatorze ans après, l'emploi de l'électro-choc, les crises et leur durée, nous avons fait les constatations suivantes :

La durée d'hospitalisation pendant les crises qui s'étaient produites avant l'électro-choc a été près de trois fois plus longue que pendant les crises qui ont été traitées par électro-choc.

Le rythme des crises que ces malades ont présenté avant et après l'électro-choc restant sensiblement le même pendant les vingt-huit années d'observation.

Le résultat ne nous paraît pas négligeable et l'on peut se demander si aucune autre méthode connue en a obtenu d'aussi bons.

Résultats chez trente-trois schizophrènes traités par association chlorpromazine, réserpine, cure de Sakel

par MM. J. Roger, A.-M. Rance, Mme A. Jurquet-Maillet (Marseille)

Les auteurs rapportent les résultats obtenus sur une série de trente-trois schizophrènes répartis en deux groupes.

1er groupe : Malades évoluant depuis de longues années et ayant subi les thérapeutiques classiques sans résultats.

2e groupe : Malades évoluant apparemment depuis moins de deux ans et n'ayant jamais été traités.

Le 1er groupe fut traité par association chlorpromazine et réserpine à doses progressivement croissantes ; les auteurs rappellent à ce sujet leur technique et insistent sur la nécessité des hautes doses et de la longue durée du traitement.

Résultats obtenus : Les auteurs rapportent plusieurs observations de guérison apparente et se maintenant depuis plus d'un an avec reprise de l'activité sociale. Les cas d'amélioration permettent la possibilité d'une réinsertion familiale.

Le 2e groupe a bénéficié de thérapeutiques associées : cure de Sakel, combinée aux neuroleptiques. Les auteurs ont commencé par appliquer à ces schizophrènes la cure de Sakel en leur donnant en même temps des doses moyennes de chlorpromazine et réserpine. Puis consolidation des résultats obtenus par la continuation des neuroleptiques à doses progressives et enfin contrôle du malade par des doses d'entretien.

Résultats : amélioration constante des malades.

Les échecs : paraissent pour les auteurs tenir à la structure antérieure de la personnalité, aux erreurs thérapeutiques (interruption inopportune du traitement), au défaut de psychothérapie et des thérapeutiques occupationnelles.

En conclusion : les auteurs insistent sur l'apport de l'association chlorpromazine et réserpine dans les schizophrénies et l'appoint des neuroleptiques dans les résultats constants de la cure de Sakel dans les formes jeunes.

Conclusions générales concernant les états confusionnels et confuso-oniriques
Le delirium tremens et les délires aigus azotémiques
Les syndromes de type Korsakoff

par MM. Coirault, Laborit

Ces états psychiatriques sont dominés par des atteintes hydro-électrolytiques et métaboliques graves.

Leur guérison ne peut être obtenue, avec un pourcentage acceptable, que si l'on connaît et que si l'on suit les variations biologiques sanguines et urinaires confrontées avec l'étude des courbes intensité-durée obtenues avec un rhéotome électronique.

Dans certains cas (bouffées confuso-oniriques, delirium tremens), malgré l'importance des troubles métaboliques, il faut, en première urgence, rétablir l'équilibre hydro-électrolytique.

Suivant l'importance du déficit d'ions Na extra-cellulaires, les tableaux cliniques seront variés.

Mais un tel état, agression particulièrement grave, met en jeu tous les moyens de défense de l'organisme, moyens souvent exagérés et inutiles, conduit aux délires aigus azotémiques quelle que soit la cause étiologique : catabolisme irréversible, azotémie par manque de sel, mais aussi par atteinte rénale, dépolarisation cellulaire avec fuite de Ki et entrée de Na dans la cellule. A ce stade, il ne s'agit plus d'agir suivant les mêmes données thérapeutiques qui ont permis de guérir le delirium tremens (substances faisant passer Ki vers Ke : cortisone, par exemple).

Il faut au contraire faire entrer K dans la cellule, amorcer la « pompe à sodium » en accroissant l'anabolisme (glucose, insuline, CIK), tout en calmant les systèmes qui luttent d'une façon désordonnée contre l'agression (déconnection, hibernation).

Parfois, alors, le tableau clinique est grossièrement le même (sans pour cela confondre syndrome de Korsakoff et état confuso-onirique, nous avons un syndrome biologique d'épuisement).

On trouve un déséquilibre électrolytique inverse de celui noté dans le delirium tremens : fuite de Ki, entrée de Na dans la cellule, épuisement métabolique progressif.

Là encore, il faut savoir deviner rapidement les mécanismes métaboliques. Ce sont eux qu'il faut avant tout aider. Il faut réamorcer la pompe à sodium. Il faut recharger la cellule en K+ et la débarrasser de Na.

Devant un Ac hypotonique, il ne faut pas, à tout prix, l'améliorer en apportant du sel. Il faut d'abord rétablir le métabolisme. C'est l'indication majeure des solutions glucosées hypertoniques avec insuline et CIK, puis secondairement des solutions protidiques et des anabolisants (extraits testiculaires, hormone somatotrope).

A propos de l'action protéino-anabolisante des stéroïdes androgènes dans les états dépressifs

par M. P. Carrette (Paris)

L'androstanolone (Protéina), stéroïde androgène, pratiquement dépourvu d'activité virilisante, apparaît surtout comme un protéino-anabolisant, très efficace chez les déprimés et les convalescents asthéniques. Il peut être utilisé en gériatrie, chez les amaigris mélancoliques, dans les cas où l'hypothèse d'une néoplasie et d'une menace cardio-vasculaire aura été levée. Son action apparaît alors nutrifiante, sthénique et euphorisante. Le traitement par voie perlinguale à la dose de 50 à 150 milligrammes par jour, lié aux mesures diététiques, doit être strictement contrôlé dans son mode d'application.

La réserpine dans le delirium tremens

par MM. B. Pomme, R. Planche et J. Girard (Clermont-Ferrand)

L'action anti-hallucinatoire de la réserpine est bien connue dans la crise du delirium tremens. Ce produit a donc été utilisé concurremment aux autres traitements, vitaminothérapie intensive, réhydratation par perfusions hyper et iso-toniques.

Cependant un gros risque de la médication par la réserpine est apparu : la tendance au collapsus brutal et sans prodromes chez plusieurs sujets. Une surveillance extrêmement attentive de la tension artérielle est nécessaire et dans la pratique hospitalière très difficile à réaliser. Aussi les auteurs préfèrent-ils utiliser les médicaments déjà préconisés par eux : vitamines du groupe B, chlorpromazine à doses filées avec barbiturates associés et surtout stéroïdes (la delta-cortisone en particulier leur donne des résultats très encourageants et quasi-constants).

Action de la tétracycline dans la paralysie générale contrôle biologique notamment par le test d'immobilisation tréponémique

par MM. N. Duc, J. Roux, J. Minvielle et A. Ménard (Montpellier)

A la suite des travaux de B. Bisio, les auteurs ont essayé de traiter des cas de paralysie générale syphilitique par la tétracycline. Cet antibiotique est administré *per os* à la dose de 4 comprimés par jour (1 gr.) pendant un mois.

L'amélioration clinique n'était pas attendue chez ces malades depuis longtemps à un stade de détérioration avancé. L'excitation psychomotrice dans l'ensemble s'est atténuée.

Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien (réactions classiques et test d'immobilisation tréponémique) ont été contrôlées avant et après traitement à quatre reprises, la dernière 7 mois après arrêt de la tétracycline. Sur les onze observations, deux étaient préalablement négativées et n'ont montré aucune réactivation. Les neuf autres ont toutes été améliorées, le taux de positivité s'atténuant jusqu'à disparaître. L'effet favorable est souvent tardif, n'apparaissant que plusieurs mois après la fin du traitement. Deux ébauches de réactivation biologique ont été notées sans retentissement clinique. Les réactions les plus influençables paraissent être celles du liquide céphalo-rachidien (Wassermann-Debains et immobilisation tréponémique).

La tétracycline comporte l'avantage d'une administration orale et d'une

bonne tolérance. Elle s'est montrée efficace dans les neuf cas de paralysie générale d'évolution ancienne dont les réactions étaient positives.

Ces résultats sont appréciables, étant donné la résistance bien connue des réactions spécifiques dans la paralysie générale : ils justifient l'application précoce de la tétracycline.

Quelques indications de la thérapeutique tissulaire en clinique psychiatrique
A propos de cent observations

par MM. H. Vermorel et M. Houser

(*Travail du service du* Dr Balvet, *Hôpital psychiatrique du Vinatier*)

Les auteurs ont utilisé en psychiatrie les implants de placenta conservé. Ils présentent cent observations de malades traités de cette façon : soit 63 névroses et 37 psychoses.

Ils insistent sur l'excellente indication que représente la thérapeutique tissulaire de Filatov dans les dépressions de l'âge moyen de la femme à forme neurasthénique. Ils soulignent aussi les bons résultats obtenus dans les états psychasthéniques et obsessionnels pourtant si peu influencés à l'ordinaire par la thérapeutique. Dans l'hystérie on peut discuter à ce côté de l'action médicamenteuse celle de la suggestion armée que représente l'implantation sous-cutanée.

Les schizophrénies post-processuelles dont le tableau est proche de la névrose sont aussi une bonne indication.

Dans les états démentiels séniles, préséniles et artérioscléreux, l'état somatique, psychiatrique et neurologique est favorablement influencé ; on a des améliorations permettant d'intégrer le malade au cadre hospitalier.

L'efficacité du traitement et les conditions dans lesquelles il est employé font l'objet d'une critique préalable, qui permet de conclure à la réalité de l'action thérapeutique.

Enfin les auteurs ouvrent une discussion sur la pathogénie, encore inconnue, de la thérapeutique tissulaire.

Bibliographie.

Aperçus sur la post-cure médico-sociale des malades psychiatriques
A propos de 34 observations de malades femmes du Service Libre de la Clinique neuro-psychiatrique du Professeur Dechaume

par MM. C. Nachin et J.-M. Nouel (Lyon)

Supposant connues des techniques respectives du psychiatre et de l'assistante sociale, nous avons repris 34 observations de malades psychiatriques suivies depuis le début de leur maladie et ayant nécessité des interventions répétées du Service Social, pour tenter d'analyser en quoi a consisté exactement le travail de l'équipe médico-sociale auprès de ces malades. Le lot d'observations a été choisi par l'assistance sociale. Le médecin a revu les diagnostics portés sur ces observations dont la plupart remontent à plusieurs années. La post-cure prolongée de ces malades rend indispensable une formation psychiatrique poussée de l'assistance sociale dont la technique doit être individualisée en fonction du problème social qui lui est posé, mais aussi en fonction de chaque grand groupe de malades. En considérant le

devenir de nos 34 malades, on se rend compte combien est précieux le pronostic posé par le psychiatre pour orienter les efforts en vue de la réadaptation à longue échéance de ces sujets.

Observations physiopathologiques sur l'action de la réserpine au niveau du système nerveux central

par MM. C. L. Cazzullo et R. Terranova (Milan)

L'emploi de la réserpine en psychiatrie s'oriente actuellement vers l'introduction de doses progressivement croissantes pendant une longue période de temps.

A ce sujet, les auteurs présentent quelques données obtenues dans deux types d'expériences réalisées chez le lapin au moyen de la réserpine injectée par voie intramusculaire : 1° à doses quotidiennes constantes ; 2° à doses progressivement augmentées.

Résultats : 1re expérience : Les lapins meurent du 4e au 7e jour après avoir montré d'importants symptômes extrapyramidaux et végétatifs et un état d'assoupissement (électro-encéphalogramme avec des ondes lentes, 3-4 c./s. de moyenne amplitude). On observe histologiquement des altérations cellulaires dans le cortex cérébral et cérébelleux, et surtout dans le diencéphale, de type de la « maladie grave de Nissl ».

2e expérience : Les doses sont bien tolérées, pas de décès ; elles entraînent une progressive et très efficiente sédation avec un électro-encéphalogramme d'abord riche de « spindles », et, vers la fin du traitement, d'ondes lentes monomorphes 4-5 c./s.

L'histomorphologie cérébrale montre une pathologie nettement réduite vis-à-vis de celle de l'expérience 1 avec la même distribution topographique : cortex cérébral (surtout temporal) et prédominance dans le thalamus-hypothalamus.

Les coupes de cerveau de lapins sacrifiés 6 jours après la fin de l'expérience révèlent *une importante reprise fonctionnelle des éléments cellulaires* (augmentation de l'acide ribonucléinique).

Ce fait, dans ses détails symptomatologiques, histomorphologiques et topographiques, confirme le tropisme diencéphalique de la réserpine et démontre clairement son action sur le métabolisme neuronal.

Quelques considérations sur l'application des injections intrathécales

par M. E. van der Voort Maarschalk Arnhem (Pays-Bas)

Pour une thérapie efficace des méningites, deux facteurs sont d'une importance primaire :

1. Circulation du liquide céphalo-rachidien.

2. Diffusion aussitôt que possible, dans le liquide céphalo-rachidien, d'un médicament qui rend impossible la vie des microbes dans le liquide céphalo-rachidien.

La route intrathécale ne donne qu'une diffusion des médicaments très lente et forme un danger par les arachnoïdites adhésives et les lésions directes de la névraxe.

Facilitation épileptique par la réserpine

M. P. Passouant, J. Minvielle et J. Cadilhac ont étudié l'action de l'injection intraveineuse de 2,5 mg. de réserpine sur l'électro-encéphalogramme en pathologie mentale.

Parmi les 27 malades examinés, le tracé n'a pas été modifié chez 9 d'entre eux, et chez 6 autres, on a noté un ralentissement avec signes d'endormissement. Les auteurs insistent davantage sur d'autres constatations effectuées chez 14 malades : production de myoclonies, activation épileptique ou bien facilitation d'un entraînement cortical par stimulation lumineuse intermittente.

Ce dernier groupe de faits oriente vers une action de la réserpine sur certaines structures sous-corticales. Il est en accord avec certaines données de l'expérimentation tendant à montrer que la réserpine exerce une influence élective sur le système réticulaire et sur la corne d'Ammon.

Contrôle électroencéphalographique d'un syndrome confusionnel avec aphasie-apraxie survenant au décours d'un coma insulinique

par MM. Jean Courjon, Pierre Perriaud et Léon Cordet (Lyon)

Les auteurs rapportent l'observation d'une complication très élective au décours d'un coma insulinique sous la forme d'une aphasie-apraxie. L'intérêt de cette observation réside dans les contrôles électro-encéphalographiques : au début, ralentissement de tout l'hémisphère gauche avec prédominance dans la région temporale antérieure, puis localisation secondaire dans la région occipitale et enfin régression complète des anomalies au 3e jour.

Ceci semble confirmer une réaction œdémateuse localisée réversible.

Difficultés méthodologiques dans la recherche de l'étiologie des encéphalopathies

par MM. Kohler et Roche (Lyon)

Les enquêtes menées sur le plan clinique pour mettre en évidence les facteurs étiologiques des oligophrénies se révèlent finalement d'une extrême difficulté. Les auteurs soulignent la fragilité du témoignage des parents, l'influence de la personnalité des enquêteurs, la relativité de certains faits eux-mêmes. Ils proposent comme remèdes une amélioration des prises d'observations cliniques et le recours aux méthodes statistiques (avec « lots témoins ») et à l'étude des jumeaux.

Du rôle étiologique possible des tentatives d'avortement dans les encéphalopathies infantiles

par M. Kohler et Mme Tremeaux (Lyon)

A propos de 5 cas d'encéphalopathie avec atteinte psychique ou neurologique, les auteurs soulèvent la possibilité d'incriminer comme cause une tentative d'avortement en cours de grossesse. Ils ne méconnaissent ni la difficulté d'une telle affirmation, ni les incertitudes concernant la pathologie prénatale de l'enfant, et la progénèse en particulier.

Ils relèvent également, avec quatre autres observations, l'interférence des facteurs psychiques conflictuels (chez la mère) avec l'atteinte grossièrement organique qu'évoque la tentative d'abortum.

Manifestations hystériques et cultures
par MM. Despinoy, Benoist et Mares (Fort-de-France)

A propos de quelques cas particuliers rencontrés en Martinique, on analyse les rapports entre le groupe culturel et les manifestations du type hystérique. La Martinique apparaissant comme un lieu de transition entre des cultures très imprégnées de religions africaines et la société européenne, un parallèle entre les manifestations hystériques et les crises de possession observées en Haïti permet de mieux comprendre la signification de certaines crises observées en Martinique.

Il s'en dégage qu'un comportement « expressionnel » — d'allure hystérique — n'a pas forcément un caractère pathologique, mais qu'il peut traduire aussi bien l'appartenance à une culture particulière qu'une névrose.

A propos d'un cas de maladie de Sturge-Weber observé en Martinique
par MM. Despinoy, Benoist et Mares (Fort-de-France)

Observation concernant un cas de maladie de Sturge-Weber-Krabbe à symptomatologie à peu près complète : calcification intracranienne, hémiplégie, arriération mentale, épilepsie, angiomatose cutanée. La topographie des angiomes, l'évolution du déficit intellectuel, la discordance apparente de certains signes neurologiques sont l'objet de discussion.

Fragilité et fragilisation
par Mme Agnès Masson (Cadillac)

Reprise du problème de la fragilité et de la fragilisation, avec rappel de quelques publications récentes (fragilité familiale, fragilité gémellaire, etc.). Extension souhaitable du domaine de ces recherches à d'autres éléments peu ou pas utilisés, comme les variations des discriminations sensorielles qualitatives et l'évaluation de la durée du temps comme moyen de contrôle. Les fausses périodicités dépressives chez les fragilisés. Quelques règles de pratique médicale courante dérivant de ces considérations : prudence dans le diagnostic de périodicité et mesure d'hygiène mentale utiles chez les fragilisés.

Les pseudo-troubles caractériels symptomatiques d'une périodicité fruste
par Mme Agnès Masson (Cadillac)

Le plus fréquent de ces troubles est constitué par la pseudo-instabilité (en donnant à ce mot, comme aux suivants, le sens le plus courant de la pratique journalière et de la langue courante, malgré leur fragilité nosographique) ; il est généralement le fait de la périodicité dépressive fruste, plus rarement de la périodicité alternante. La périodicité hypomaniaque fruste, dont certains actes sont parfois seuls apparents, fournit une partie de ceux qui sont considérés dans le langage courant comme « originaux » ou « extravagants » et mis sur le compte d'étiologies diverses ; parfois le diagnostic ne peut être fait qu'*à posteriori*. Les pseudo-déséquilibres en rapport avec la périodicité fruste sont à différencier, entre autres, d'avec les réactions anormales à l'ambiance (difficultés d'adaptation dues à des raisons diverses chez certains sujets). La pseudo-perversité est le fait de la périodi-

cité hypomaniaque (déjà étudiée par les anciens auteurs), plus rarement de la périodicité dépressive, surtout, dans ce dernier cas, comme élément d'apaisement de l'anxiété ou comme conduite paradoxalement revalorisante.

Les réactions pseudo-névrotiques de défense contre la souffrance

par Mme Agnès MASSON

Explication, par quelques exemples, de certaines conduites pseudo-névrotiques de reniement utilisées comme moyens de défense contre la souffrance. La valeur, dans ce sens, de certains mensonges chez le normal et chez le malade, de certaines mythomanies, des compensations idéo-affectives de certains délires. Les conduites de défense contre la souffrance chez le normal, du malade vis-à-vis de sa famille, de certaines familles vis-à-vis de leurs malades. Leur valeur au cours de l'internement et au moment de la sortie pouvant parfois compliquer les problèmes de cette dernière. Les conduites revalorisantes ; les conduites d'oubli volontaire.

Equivoque de la notion de structure. La structure interne en psycho-pathologie

par M. le Dr HESNARD (Toulon)

Définie comme « système dans lequel chaque effet local dépend de la fonction qu'il remplit dans l'ensemble, de sa valeur et de sa signification à l'égard de la structure que le système tend à réaliser », la Structure (Gestalt) a été repensée par la phénoménologie dans un dépassement de l'objectif et du subjectif. Elle vise, en tant que structure de conscience (c'est-à-dire d'intentionalité donatrice de sens, ce qui définit aussi la conduite), un monde naturel (Umwelt) pré-objectif. Sur le plan psychique primordial, où prend naissance l'indice de réalité, elle rend compte de l'imposture (pour la psychologie objective) de l'hallucination et du délire. La structure morbide, néoformation née d'une mutilation de l'intersubjectivité normale, exprime, en termes de connaissance compréhensive, le monde solipsiste et désignifié, forme nouvelle d'existence du psychopathe.

Les mobiles psychologiques du meurtre des enfants de Médée d'après Euripide

par M. D. KOURETAS (Athènes)

Ce qui, dans la « Médée » d'Euripide, inspire la plus grande émotion tragique, c'est le meurtre des enfants par une mère aveuglée par les sentiments de jalousie et de vengeance contre son mari infidèle. Le poète, en vue de rendre l'héroïne moins antipathique, lui a attribué des traits mélancoliques dont l'existence, dans le texte même, permet de mettre l'étiquette d'homicide altruiste à cet acte criminel.

Le syndrome de carence d'autorité chez l'adulte

par MM. J. M. SUTTER, H. LUCCIONI et Y. PELICIER (Alger)

L'autorité des éducateurs représente l'un des facteurs indispensables au développement psycho-affectif de l'enfant et à l'édification de sa personnalité. Sa carence entraîne l'apparition d'un syndrome précédemment décrit

par les auteurs : personnalité inconsistante, conscience morale insuffisante, narcissisme, sentiment d'insécurité, conduite capricieuse, fréquence des réactions suicidaires, incapacité de se lier profondément à d'autres êtres. Ce syndrome de carence d'autorité ne s'observe pas seulement chez l'enfant, et des exemples sont donnés de sa survivance chez l'adulte. Il paraît être un facteur important dans l'évolution de nombreuses névroses, voire de certaines psychoses, et doit être pris en considération dans le domaine de l'éducation comme en matière d'hygiène mentale et de thérapeutique.

Les troubles mentaux au cours de la maladie d'Addison
par MM. Beaujard et Vermorel (Bron)

Les auteurs présentent l'observation d'un addisonien chez qui apparurent des troubles mentaux à type d'accès confuso-oniriques en dehors de tout épisode d'hypocorticisme aigu. Ils soulignent l'intérêt de cette observation où le malade guérit après un traitement par la cortisone et le parallélisme de l'amélioration de l'électro-encéphalogramme et de l'état psychique.

Ils rappellent à cette occasion l'historique des troubles mentaux chez les addisoniens et des recherches électro-encéphalographiques.

Enfin, ils présentent quelques réflexions sur la pathogénie des troubles mentaux de leur malade et pensent qu'à côté des perturbations métaboliques, justement incriminées, il faut faire intervenir les circonstances héréditaires et vitales.

Bibliographie.

Définition de coefficients de sociabilité utilisables en socio-psychiatrie
par MM. M. Baudry, A. Tatossian, C. et G. Darcourt (Marseille)

Présentation de deux coefficients appelés « coefficient de sociabilité » et « coefficient d'ouverture extérieure ». Le premier mesure la participation des malades à la vie collective à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, le second l'importance de leurs liens avec l'extérieur. Ils sont obtenus à l'aide de questionnaires de malades et d'infirmiers. La méthode d'interrogatoire et de dépouillement et les modalités d'application sont exposées. Ces coefficients sont à utiliser comme complément de la méthode sociométrique.

Etude de la structure psycho-sociale d'un groupe de malades mentaux dans un service hospitalier
par MM. M. Baudry, A. Tatossian, C. et G. Darcourt, P. Moutin (Marseille)

Il y a tout intérêt, lorsqu'on veut étudier la structure d'un groupe, à ne pas se contenter d'impressions subjectives, mais à utiliser des méthodes sociométriques. Cette étude est le compte rendu d'une enquête dans une division d'hôpital psychiatrique. Une première partie expose la méthode qui comporte un questionnaire sociométrique et un questionnaire de sociabilité. Dans une deuxième partie est décrite la structure des sous-groupes telle que le font apparaître les résultats de l'enquête.

Répartition géographique de certains groupes de malades mentaux dans l'agglomération lyonnaise

par MM. J. Dechaume, J. Guyotat, G. Lauxerrois (Lyon)

Des études portant sur la répartition par quartier des malades mentaux ont déjà été entreprises dans les grandes agglomérations. Nous avons effectué ce travail pour les malades de l'agglomération lyonnaise.

La présente communication concerne l'étude statistique et la répartition par quartier des malades admis entre les années 1949 et 1956, dans le Service de la Clinique neuro-psychiatrique de l'Hôpital Edouard-Herriot. Il s'agit donc de malades non internés.

Etude statistique : Pour les deux sexes les états névrotiques occupent le premier rang (29,2 %). Puis, viennent les troubles d'origine alcoolique (19,1 %), les syndromes thymiques (18 %), enfin les états délirants chroniques (12 %) et les états de déséquilibre (11,9 %).

Chez les hommes, on retrouve la prééminence des états alcooliques (31,4 %) suivis par les névroses (28,9 %) ; chez les femmes, les névroses occupent le premier rang (29,5 %), les syndromes thymiques le deuxième rang (22,6 %).

Si l'on compare les admissions des années 1949 à 1952, à celles des années 1953 à 1956, on note dans la deuxième tranche une augmentation globale de 30 % du nombre des entrées. L'augmentation de 63 % des entrées pour alcoolisme est impressionnante. Un fait curieux est que l'augmentation des entrées pour états névrotiques et délires chroniques est supportée uniquement par les hommes.

L'étude de la répartition par quartier des différents groupes de malades met en évidence :

pour certains groupes, une dispersion difficile à analyser,

pour d'autres, l'apparition d'îlots où l'on trouve uniquement des femmes et d'îlots où il n'y a que des hommes,

pour d'autres enfin, des foyers de grande diversité de malades, foyers où sont étudiées les caractéristiques sociales et démographiques.

Lyon, le 6 août 1957.

Les accidents neuro-psychiatriques survenant chez les tuberculeux traités par la cyclosérine

par MM. André Lévi-Valensi, Maurice Porot, Pierre Léonardon, Roger Dalet et Jean Miguères

Comme d'autres auteurs, nous avons constaté que l'emploi de la cyclosérine chez les tuberculeux pouvait être responsable de l'apparition de troubles neuro-psychiques. Ces troubles, généralement bénins et mineurs (céphalées, vertiges, troubles du sommeil), peuvent être plus graves (crises convulsives, agitation maniaque, délire) et surviennent dans un cinquième des cas traités environ. L'étude électro-encéphalographique ne donne guère de renseignements valables chez ces malades, chez lesquels on relève, par contre, des antécédents psychopathologiques et éthyliques avec une assez

grande fréquence. Il ne semble pas que la forme clinique de la tuberculose ou son ancienneté, l'âge, le sexe ou l'origine ethnique du malade, la dose quotidienne et la dose totale de cyclosérine absorbée ou l'association d'autres antibiotiques aient une grande importance. L'origine de ces troubles reste difficile à interpréter, mais paraît vraisemblablement toxique ou toxi-allergique. Leur traitement est surtout symptomatique et préventif. L'administration de sédatifs (barbituriques ou chlorpromazine) en même temps que la cyclosérine, paraît utile.

Problèmes diagnostiques posés par les états démentiels avec atrophie cérébrale et paraplégie

par MM. Lecomte, Garrabe et Certhoux (La Charité-sur-Loire)

Les auteurs rapportent trois observations cliniques d'états démentiels avec atrophie cérébrale et paraplégie. Ils font ressortir les difficultés que rencontre le diagnostic nosologique de tels états, lorsque l'étiologie n'en est pas évidente.

Le problème se circonscrit en fait entre : une forme démentielle de la sclérose en plaques ou de la sclérose latérale amyotrophique, une démence artériopathique et une démence encéphalosique de type Creutzfeld-Jacob. Ni les caractères cliniques et psychométriques de la démence, ni les critères liquidiens, ni l'aspect encéphalographique ne fournissent d'éléments déterminants pour résoudre ce problème.

Données physiopathologiques et électro-encéphalographiques sur le mécanisme de l'énurésie

par André Charlin, Paul Milleret et Claude Valet (Besançon)

Après avoir rapporté les travaux physiologiques récents sur le rôle des centres corticaux et sous-corticaux dans le mécanisme de la miction et les travaux des psychanalystes sur le mécanisme psychogénétique de certaines énurésies, les auteurs abordent l'étude électro-encéphalographique de cette affection, objet de différents travaux surtout étrangers au cours de ces dernières années. Ils rapportent les observations de 66 enfants énurétiques. Dans 51,5 % des cas, le tracé électro-encéphalographique est typique de l'épilepsie avec des pointes-ondes caractéristiques, dans 28,9 % des cas il existe un tracé présentant un rythme lent et revêtant l'allure d'un tracé immaturé, enfin dans 19,6 % des cas le tracé est normal.

Les résultats du traitement anticomitial sont brillants dans le premier groupe, très inconstants dans le second et pratiquement nuls dans le troisième. Par contre, l'encéphalographie gazeuse reste une thérapeutique qui doit être retenue dans tous les cas et qui a pu donner des résultats nettement positifs aussi bien dans le groupe III que dans le groupe II, bien que le mécanisme d'action de ce procédé reste encore très obscur.

A propos de trois cas de psychose polymorphe de la ménopause

par MM. F. Bannel et J. Charon (Bordeaux)

La notion de psychoses de la ménopause reste confuse. Doit-on, ou non, les dissocier du cadre des troubles fonctionnels de la présénilité ? La crise

ménopausique est-elle un facteur étiologique primordial ou un simple moment de moindre résistance ?

Pour porter une contribution à ce débat, trois cas sont rapportés de psychose polymorphe du début de la période climatérique. Apparus, en dehors de toute débilité mentale, chez des sujets dont l'équilibre est vulnérable, ces états, évoluant selon des tableaux successifs très variables, n'ont pu être guéris qu'avec un traitement par l'hormone mâle. Celui-ci permet ultérieurement la consolidation. Plusieurs années après, on ne note aucun signe d'involution.

Les critères cliniques, thérapeutiques et évolutifs sont fortement en faveur de l'individualité de ces psychoses polymorphes de la ménopause.

Névroses expérimentales et névroses humaines

par MM. Jacques Cain, Josette Extremet et Henri Extremet (Marseille)

En parlant de données expérimentales précises, les auteurs s'efforcent de montrer les diverses perspectives que permet l'étude de la névrose chez l'animal. Dans certains cas on cherche à reproduire chez l'animal des attitudes morbides bien connues chez l'homme. Ce n'est pas là le côté le plus enrichissant. Il semble, en effet, qu'à côté de ces problèmes segmentaires, le côté le plus fructueux soit l'étude de la névrose provoquée au laboratoire par des moyens artificiels et évoluant pour son propre compte. Les questions primordiales sont, en fin de compte, celles qui posent les liens entre les névroses expérimentales et les névroses humaines. C'est précisément ce côté fondamental qui est envisagé ici.

Les nouvelles chimiothérapies de l'éréthisme (séries phénothiazine et rauwolfia)

I

Catatonie expérimentale et tests chez l'animal. La loi des stades et des doses

par MM. H. Baruk, J. Launay et J. Bergès (St-Maurice)

Les nouvelles chimiothérapies ont été considérées d'abord comme ganglioplégiques ou déconnectantes. On leur a substitué le terme de « neuroleptiques ». On pourrait les appeler aussi médications de l'éréthisme.

La notion de l'éréthisme et du rôle des décharges dans le système nerveux a été objectivée par la constatation de courant d'action chez les catatoniques (Claude, Baruk et Thévenard, 1927), ce qui permit la réalisation ensuite par le Dr Jong et Baruk de la catatonie expérimentale par la bulbocapnine et l'établissement de la théorie des décharges et de la loi des stades.

Cette loi des stades appliquée aux nouvelles chimiothérapies neuroleptiques permet de comprendre l'action différente suivant les doses, le passage du sommeil à la catatonie par la chlorpromazine et le passage à un degré d'intoxication plus grand de la catatonie à la parésie.

Une autre catatonie expérimentale particulière peut être réalisée par la réserpine avec son électivité curieuse par les pattes antérieures, son pathéticisme, etc... Enfin la rescinnamine peut donner lieu à une stupeur rapide avec catatonie, mais son action très toxique peut aboutir à la mort. Ses

extraits totaux du rauwolfia, par contre, ne donnent pas lieu à la catatonie expérimentale mais seulement à la sédation et au sommeil.

Toute cette expérimentation a permis de déduire de l'expérimentation les doses utiles chez l'homme et les doses toxiques et de préparer les essais thérapeutiques.

Elle a montré aussi le danger des cocktails médicamenteux et des potentialisations.

Les nouvelles chimiothérapies de l'éréthisme (phénothiazine et rauwolfia)

II

Tests cliniques et physiologiques. Résultats thérapeutiques

par MM. H. Baruk, J. Launay et J. Bergès (St-Maurice)

L'utilisation en clinique de la chlorpromazine, de la prochlorpromazine, de la réserpine, des extraits totaux du rauwolfia, du N 68, doit être facilitée par les données expérimentales. En clinique humaine, entre l'observation minutieuse, des tests nombreux doivent être faits pour chaque malade: hématologie, indice oscillométrique, électrocardiogramme, courbe de sédimentation, études des constantes biologiques, et au point de vue psychique le test de l'objectivation de l'initiative psychomotrice à l'ergogramme.

L'expérience clinique a confirmé les données expérimentales sur l'inutilité et le danger des trop fortes doses de chlorpromazine, qui ne sont plus efficaces et qui donnent lieu à des phénomènes toxiques qu'on doit éviter (catalepsie ou catatonie, parkinsonisme, etc...) ; de même, la chlorpromazine doit être donnée seule et par deux prises seulement matin et soir, avec le repos nécessaire. Bien administrée, la chlorpromazine peut non seulement agir comme sédatif ou neuroleptique, mais encore comme médication curative dans la manie et dans de nombreux processus schizophréniques souvent apparentés à l'hypomanie (troubles caractériels, impulsions), voire même dans les troubles de la pensée des paranoïdes. Les extraits totaux du rauwolfia ont une action parfois précieuse, surtout dans l'anxiété, les dépressions, parfois les obsessions, la réserpine agit surtout dans la catatonie, le N 68 et la prothopérazine sont encore à l'étude.

Résultats du questionnaire Cornell Index (forme n° 2) chez 122 névrosés

par M. Crémieux, Mme Dongier et M. Dongier (Marseille)

Le contrôle de la validité du questionnaire Cornell Index (forme n° 2, version française) a été effectué sur un groupe de 122 névrosés fréquentant des consultations hospitalières. Cette étude confirme la valeur discriminative de l'épreuve : un pourcentage élevé des sujets présentant des troubles névrotiques ou psycho-somatiques peut certainement être détecté, et le questionnaire doit pouvoir être très utile, par exemple dans des services de médecine générale ou de spécialités diverses, ou en sélection professionnelle. Les auteurs soulignent, d'autre part, la possibilité d'utilisation psychométrique du Cornell Index pour contribuer à l'appréciation de la gravité de la névrose (une note au-dessus de 50, un nombre de « réponses stop » supérieur à deux, ont une signification pronostique fâcheuse).

Utilisation du test de questionnaires Woodworth-Heuyer pour l'exploration des troubles du caractère chez le jeune enfant

par M. le Prof. A. Crémieux et col. (Marseille)

Le test de questionnaires Woodworth-Heuyer peut donner des résultats très satisfaisants, même chez de jeunes enfants, lorsque leur niveau mental n'est pas trop bas.

Il paraît intéressant de le compter parmi les tests de base d'un examen systématique. Il est relativement facile de reconnaître les cas où les réponses de l'enfant sont valables. Quelques observations des résultats obtenus chez des enfants âgés de 6 à 12 ans montrent ce que l'on peut attendre de cette méthode dans l'exploration des troubles du caractère chez l'enfant, domaine qui se prête très mal aux tentatives de classification.

Fugues et existence vagabonde

par MM. Crémieux, Dongier, Tatossian et Pache (Marseille)

Observation d'une jeune femme de 27 ans dont la vie depuis l'adolescence a été une succession de fugues, épisodes de demi-prostitution, vols, arrestations, internements (sans qu'aucun état à proprement parler psychotique se soit jamais ouvertement manifesté).

La possibilité d'un état parapsychotique (schizophrénie latente) peut être évoquée sur les bases de la clinique, des tests psychologiques (Rorschach, Machover, Rosenzweig) et de la psychopathologie qui est brièvement discutée.

Outrage public à la pudeur (dénudation) Réaction auto-punitive au cours d'un état délirant anxieux

par MM. R. Lanter et H. Maurel (Rouffach)

Etude clinique et psychopathologique d'une réaction médico-légale de dénudation, commise par un schizophrène au cours d'un paroxysme délirant. L'exhibition, dénuée de tout érotisme manifeste, était vécue par le malade comme une réaction anxieuse spécifique. L'acte, subi, doué de tous les caractères d'un supplice, le désignait au châtiment et constituait pour lui l'équivalent psychologique d'un suicide. Les auteurs montrent la parenté de ce comportement psychotique avec celui, dans l'ordre névrotique, de l'exhibitionnisme vrai, type Lasègue.

Quelques considérations nouvelles sur les problèmes de l'alcool et de l'alcoolisme

par MM. A. Requet, C. Nachin et M. L. Barraut (Hôpital du Vinatier, Bron)

Le traitement d'un millier de buveurs nous a permis de suivre la progression épidémique et la multiplication des manifestations antisociales de l'alcoolisme psychiatrique.

Ces buveurs psychiatriques ont entre eux des facteurs communs qui les orientent vers cette forme d'alcoolisme ; ils boivent relativement peu : leur facteur de tolérance à l'alcool est abaissé, abaissement qui retentit sur le plan national puisque la pathologie alcoolique a une ampleur sans

précédent, alors que la consommation reste inférieure à celle d'avant-guerre.

Tributaire de notre vie mécanisée, cette tolérance progressera en donnant paradoxalement une augmentation du nombre des buveurs intolérants et une baisse de la consommation.

Les pouvoirs publics doivent donc viser le double objectif d'une organisation médicale antialcoolique parfaite d'une reconversion rapide de notre économie alcoolière.

Un échec : l'expertise des auteurs d'accidents éventuellement imputables à l'alcool

par M. Cossa et Mme Lallement (Nice)

Se basant sur deux ans d'expertises faites dans leur département, les auteurs arrivent à la conclusion que la loi a manqué son but. Telle qu'elle a été conçue, elle ne pouvait pas aboutir au résultat cherché qui était de créer chez les conducteurs d'auto la conviction de la nécessité de s'abstenir de boire avant de prendre la route.

Collectionisme, collectionomanie et kleptomanie (A propos d'une observation médico-légale)

par M. A. Charlin (Besançon)

Analysant une curieuse observation médico-légale dans laquelle il démontre la juxtaposition des trois éléments collectionisme, vol obsessionnel du type de la kleptomanie et collectionomanie, l'auteur, après avoir étudié le malade à l'aide des tests de personnalité, met en évidence le caractère commun à ces trois éléments qui était essentiellement un fonds psychasthénique et douteur. Seul depuis la thèse de Codet, Lauzier avait abordé ce problème dans son discours au Congrès de Pau.

L'auteur, à son tour, aborde le collectionisme, et, l'opposant à la réalisation des ensembles de l'homme d'action, en souligne le caractère névrotique et y retrouve les caractères de la psychasthénie avec rétrécissement du champ de la conscience.

Valeur diagnostique des idées religieuses en psychiatrie (A propos d'une observation)

par MM. J. Alliez et G. Darcourt (Marseille)

L'observation présentée est celle d'un déséquilibré chez qui prédominent des préoccupations religieuses qu'il exprime sous une forme telle que le diagnostic de schizophrénie paranoïde a pu être envisagé à son sujet. Les problèmes posés par ce cas sont relativement fréquents. Les auteurs envisagent différentes manières de les aborder et montrent les écueils à éviter : pour bien distinguer les domaines religieux, scientifiques et ne pas confondre les perspectives du savoir et de la foi.

Le Congrès international de Psychiatrie de Zurich

Compte rendu par M. H. BARUK

Le IIe Congrès international s'est tenu cette année du 1er au 7 septembre, à Zurich. Rappelons que le Ier Congrès international de psychiatrie s'est tenu à Paris il y a sept ans et que l'initiative de la création de ces Congrès internationaux de psychiatrie revient au prof. Delay et à Henri Ey, qui en raison de ce fait, ont reçu le titre de docteur *honoris causa* de l'Université de Zurich.

Le Congrès de Zurich marque une étape très importante et, sur beaucoup de points, un changement profond d'orientation de la psychiatrie ; il a réuni près de 3.000 psychiatres de nombreux pays.

Les exposés peuvent, comme dans la plupart des grands Congrès internationaux, être divisés ou exposés en séance plénière, et en communications dans des séances plus limitées ou dans des symposia. Nous allons les étudier successivement.

I

EXPOSES EN SEANCES PLENIERES

Les séances plénières avaient lieu le matin, du lundi au samedi, et comportaient en général pour chaque matinée cinq à six orateurs, disposant chacun suivant les cas de 20 à 60 minutes d'exposé.

Les séances plénières avaient lieu, soit en français, soit en anglais, soit en espagnol, soit en italien. Il y eut quatre grandes séances plénières en français.

La première fut consacrée à l'exposé de Richter (de Cardiff) (30 minutes) sur la biochimie des schizophrènes (étude des fonctions hépatiques, des globulines, de l'acide hippurique, des 17-cétostéroïdes, indol, etc...) ; de Buscaino (30 minutes), de Naples, qui a insisté sur le rôle des amines dans la genèse toxique de la schizophrénie ; de Jus (de Varsovie) (20 minutes), qui a étudié les réactions bioélectriques ; de Stransky (de Vienne) (20 minutes), qui a retracé l'histoire de la démence précoce et de la schizophrénie dans les diverses psychiatries européennes ; de Morselli (de Novara, Italie) (20 minutes), qui a décrit les aspects psycho-pathologiques ; de Mars (20 minutes), sur la schizophrénie en Haïti.

La seconde séance plénière en français fut remplie par les exposés de Matéo Alonso et ses collaborateurs de Caracas (20 minutes), sur les limites des classifications des schizophrénies ; de Sarro Burbano (de Barcelone) (20 minutes), sur le démembrement de la schizophrénie ; de Ruemke (de Utrech) (30 minutes), sur la différenciation clinique dans le groupe des schizophrénies ; de Henri Ey (de Bonneval) (30 minutes), sur le problème de la définition et de la délimitation du concept de schizophrénie ; de Del-

gado (de Lima) (20 minutes), sur les délires schizophréniques ; de Pelaz (de Madrid) (40 minutes), sur la catatonie expérimentale audiogène ; de Pachevo e Silva (de São-Paulo) (20 minutes), sur le pronostic de la schizophrénie.

La troisième séance plénière en français fut consacrée à l'exposé de Lopez Ibor (de Madrid) (20 minutes), sur le problème des symptômes primaires et secondaires dans la direction intentionnelle ; de Henri Baruk (de Paris) (60 minutes), sur l'évolution de la démence précoce, maladie à la schizophrénie simple processus psycho-pathologique, avec un film de H. Baruk, J. Launay et J. Bergès sur les catatonies expérimentales par les neuroleptiques chez le singe, et une histoire de la catatonie expérimentale dans ses rapports avec la catatonie humaine, et de Zilboorg (de New-York) (20 minutes), sur le traitement ambulatoire du schizophrène, et surtout sur le respect de la personnalité, et la nécessité d'éviter des méthodes de force.

La quatrième séance plénière en français fut consacrée à l'exposé de Minkowski (de Paris) (35 minutes), sur les notions bleulériennes et leur rôle dans le développement d'une anthropologie psychiatrique, phénoménologique et existentielle ; de Van der Horst (d'Amsterdam) (25 minutes), sur l'expérience des schizophrènes, la perte de la confiance entre leur moi et l'ambiance, les tendances symboliques, et transcendées ; d'Osterman et Lassenius (de Sundswall, Suède), sur les résultats des traitements de 5.100 cas de schizophrénie par la chlorpromazine en Suède ; de Deniker (de Paris) (20 minutes), sur l'histoire des neuroleptiques, l'hibernation, les applications des neuroleptiques au traitement des psychoses et des névroses ; de Krapf (de Genève, Nations-Unies) (20 minutes), sur la thérapeutique sociale du schizophrène par le changement de milieu ; de Barahona Fernandez (de Lisbonne) et ses collaborateurs (40 minutes), sur la synthèse des traitements psychothérapiques et somatiques.

En dehors de ces quatre grandes séances plénières en français citons, dans les séances plénières des autres langues, les conférences sur l'aspect anthropologique et existentiel de la schizophrénie dans la première séance plénière en allemand par Minkowski (de Paris), par Jung (l'éminent psychologue de Kusnacht) sur les archétypes, la baisse du niveau mental à un niveau archaïque, que l'auteur rattache, soit à des émotions, soit à des causes toxiques, et il adopte en partie la conception toxique de la schizophrénie, de van der Horst (d'Amsterdam) et de Binswanger (de Kreuzlingen) sur les différences existant entre la psychiatrie clinique, et la phénoménologie d'une part, et d'autre part l'analyse existentielle en vue de pénétrer la structure des modes existentiels (daseinsweisen) et de la compréhension. Les mêmes problèmes ont été traités dans une séance plénière en anglais par les mêmes auteurs ainsi que par Ruemke (d'Utrecht) et Stroemgren et Lunu (de Copenhague), de même que les problèmes cliniques et nosographiques déjà mentionnés plus haut dans la deuxième séance plénière en français, l'ont été également dans une séance plénière en espagnol, par les mêmes auteurs ainsi que par Kleist (de Francfort), dont on connaît les conceptions localisatrices en psychiatrie, et par Dalma (de Tucuman, Argentine), qui insiste sur l'unité de la schizophrénie. Des travaux relatifs à l'hérédité ont été présentés dans la deuxième session plénière en anglais, notamment par Sjoegren (de Stockholm), ainsi que par Arnold (de Vienne).

Les problèmes du pronostic, du respect de la personnalité, et des dangers des pronostics, et des excès nosographiques, ont été soulignés dans un

remarquable travail de Menninger, Ellenberger, Pruyzer et Mayman, avec une étude sur les deux aspects différents de la classification nosographique et de la compréhension (troisième séance plénière en anglais).

Les problèmes de la psychiatrie suivant les pays et la géographie ont été étudiés dans une même séance, notamment par Forster (de Ghana), par Lambo (du Nigeria), par Ratanakorn (de Bangkok, Thaïland), par Yap (de Hong-Kong), par Browne (de Singapore). Ces problèmes ont été développés dans un symposium spécial par Mc Cartney, Sung (la schizophrénie en Chine), Teixera (la schizophrénie chez les indigènes de l'Angola), Aksel et Noyan (d'Istanbul) (la schizophrénie en Turquie), Kimmich (des îles Hawaï) (les aspects ethniques de la schizophrénie), Ineder Beek (la schizophrénie en Westphalie), Sal y Rosas (de Lima), etc... Un important symposium fut consacré à la psychopathologie comparative de la schizophrénie en Ibéro-Amérique, symposium présidé par le prof. Sarro (de Barcelone).

Les rapports de la schizophrénie avec la puberté et avec les particularités du développement psychologique ont été exposés dans une importante conférence de Kretchmer (60 minutes), avec l'étude des complexes de la puberté (auto-affirmation hiérarchique, intégration érotique et religieuse de la personnalité) ; dans la troisième séance plénière en allemand, séance marquée également par l'exposé de Hoff (de Vienne), sur les aspects psycho-dynamiques et somatiques combinés ; de Arnold (de Vienne), sur la pathogénie de la schizophrénie ; de Stransky (de Vienne) ; de Winkler (de Tübingen), sur la psychodynamique de la schizophrénie.

II

COMMUNICATIONS ET SYMPOSIA

Nous avons déjà mentionné les nombreux travaux concernant le pronostic (Menninger), H. Baruk (pronostics destructeurs) ; Langfeld (d'Oslo), les fausses schizophrénies ; Laboucarrié et Bartes (de Toulouse), les schizophrénies aiguës ; Apter (de Chicago), schizophrénies réversibles et irréversibles ; Blau (de New-York), schizophrénies bénignes ; Biérer (de Londres), schizophrénies spécifiques ; Pachevo e Silva (de São-Paulo), Diethelm (de New-York), Bonhour (de Buenos-Aires), les catatonies malignes mortelles, etc...

Des travaux nombreux ont été consacrés à certaines formes séméiologiques : formes hystériformes par Miller (de Londres), névrotiques par Dellaert d'Anvers), par de Freitas (de Recife, Brésil) ; formes d'allure psychasthénique, par Fiume et Moavero, Milanesi (de Rome) ; forme pseudo-paranoïde, par Bilikievicz et ses coll. (de Gdausk, Pologne) ; forme latente, par Bychowski (de New-York) ; forme patophorique, par Stuchlik (de Prague) ; forme discordante, par Follin (de Paris) ; formes suivant les phases de l'activité humaine, par Rézai (de Téhéran). Une séance a été consacrée à l'étude des troubles de la pensée chez les schizophrènes (troubles de notion du temps), étudiés par Asuad (de Bogota) ; de la conscience, par Martinez (de Madrid) ; de la logique, par Serog (U.S.A.) ; de la perception, par Davis et Cullen (de Cambridge) ; de la passivité, par Hart (U.S.A.), et de la rigidité psychologique, par Brengelman (de Londres). D'autres études ont été consacrées aux signes somatiques, en particulier à la neuro-physiologie

de la catatonie et l'électromyographie, par H. Baruk, Mattioli Foggia et Cosso (de Pistoia, Italie), par Svorad (de Prague), en particulier sur la catatonie expérimentale, sur les troubles végétatifs, par Lafon, Duc, Minvielle et Faure (de Montpellier) ; sur la pneumo-encéphalographie, avec les travaux de Miller, Mikailesco, Paraskivesco et Vrabie (de Bucarest), et ceux de Borenstein (de Rouen, France), sur les troubles endocriniens étudiés dans un symposium spécial arrangé par Reiss (d'Epsom), avec les travaux de Hoagland (U.S.A.), de Gornall (de Toronto), de Rees (de Londres), sur « la tension prémenstruelle » ; de Mall (de Kligenmunster (Allemagne), sur les psychoses pré- et post-menstruelles ; de Richter, sur les troubles cycliques en rapport avec les perturbations endocriniennes.

Des symposia très importants ont été consacrés à la biologie et aux causes biologiques de la schizophrénie.

Le symposium organisé par Rinkel (de Boston), sur le « chemical concepts of psychosis », a compris des exposés de Osmond (du Canada), sur l'historique des conceptions chimiques des psychoses ; de H. Baruk (de Paris), sur la psycho-pharmacologie des poisons de la volonté et de la personnalité identifiés grâce à la catatonie expérimentale ; de Evarts (U.S.A.), sur les bases chimiques des psychoses ; de Block (de Hambourg), sur la pharmacologie de la mescaline ; de Patzig (de Marburg, Allemagne), sur les causes organiques de la schizophrénie ; de Cerletti (de Bâle), sur la pharmacologie de L.S.D. ; de Hoffmann (de Bâle), sur l'étude de l'acide lysergique ; de Thuillier (de Paris), sur la comparaison des effets de L.S.D. 25 et des amines du n.-méthyl-tétrahydro.-nicotinic.-acid. ; de Twarog (de Cambridge), sur la pharmacolie de la sérotonine ; de Brodie (U.S.A.), sur le rôle de la sérotonine dans les fonctions cérébrales ; de Woolley (de New-York), sur le rôle de la sérotonine sur les processus psychiques ; de Hoffer (de Saskatoon, Canada), sur les relations entre l'épinéphrine et la schizophrénie ; de Marazzi (de Pittsburg), sur les dérèglements de la transmission synaptique dans les psychoses ; de Hoagland (U.S.A.), sur le stress non spécifique ; de Heath et de ses collaborateurs (de New-Orléans), sur une catatonie expérimentale déterminée chez le singe et aussi chez l'homme par une substance isolée du sérum sanguin des schizophrènes ; de Saunders (d'Orangeburg), sur une conception chimique intégrative des psychoses.

Une série de symposia excessivement importante a été organisée par le prof. Georgi (de Bâle), tous consacrés aux « aspects patho-physiologiques des psychoses ».

Le premier symposium présidé par le prof. Mall (de Klingenmuster), a eu lieu le mardi après-midi 3 septembre, et a été marqué par les exposés de Froeshang et Johanessen (de Asker, Norvège), et par ceux de Danziger (de Wauwtosu, Wisc., U.S.A.), consacrés à l'explication de la catatonie périodique de Gjessing, et aux variations de l'extrait thyroïdien ; de Froeshaug (de Asker, Norvège), sur les troubles de la menstruation dans la catatonie ; de Gjessing (d'Oslo), sur le rôle de certaines amines dans la catatonie périodique ; de Fetzner (de Klingenmuster), sur le bilan clinique des épileptiques ; de Boszormenyi-Nagy (de Philadelphie), sur les rapports entre les maladies mentales et le métabolisme intracellulaire ; de Lingjaerde et Skang (de Lier, Norvège), sur les effets de L.S.D., de la sérotonine, du P. 32 dans le cerveau et d'autres tissus.

Le deuxième symposium, présidé par H. Baruk (de Paris), a eu lieu le vendredi 6 septembre après-midi. Il a d'abord été consacré aux travaux de

H. Baruk et L. Camus (de Paris), sur la toxicité de la bile des schizophrènes et la catatonie expérimentale biliaire. Le prof. Mall (de Klingenmuster, Allemagne) a retrouvé sur une grande échelle la catatonie biliaire expérimentale de Baruk et Camus, et comme ces auteurs, a vérifié le caractère thermolabile du poison catatonisant des biles duodénales de certains schizophrènes, mais il a retrouvé le même poison chez les épileptiques avant les accès. Il pense qu'il s'agit d'une protéine, peut-être d'un polypeptide, non hydrolysable, et thermolabile. Haavaldsen et Lingjaerde (de Lier, Norvège) et Walaas (d'Oslo), ont étudié l'inhibition de glucose chez le rat par l'α-globuline du sérum des schizophrènes. Keup (de Marsens, Suisse), a étudié la fixation de L.S.D et de la mescaline par le cerveau et le foie ; Arnold (de Vienne), la pathophysiologie des ganglions centraux ; Munkvad (de Roskilde, Danemark), le métabolisme de l'acide glutamique chez les schizophrènes ; Kato (de Kyoto, Japon), l'hyperglycémine adrénalinique dans la schizophrénie atypique ; Consbruch et Faust (de Freibourg, Allemagne), les modifications du sérum post-traumatique, et Solms (de Berne), les troubles métaboliques déterminés par les drogues psychotropes, la mescaline, L.S.D., l'adrénochrome ; Thuillier (de Paris) et Kakaskima (Japon), la résistance capillaire chez les schizophrènes ; Heath (de la Nouvelle-Orléans), a étudié les variations électro-encéphalographiques périodiques dans les diverses parties du cerveau au moyen d'électrodes fixées pour un temps prolongé ; Sherwood (de Colchester, Angleterre), a étudié les modifications de l'alpha dans l'électro-encéphalogramme des schizophrènes. Citons aussi l'important travail de Verdeaux sur l'électro-encéphalographie des schizophrènes. Jatskewitz, de l'Institut Max-Planck, a insisté sur certaines formes de « catatonie pernicieuse », aboutissant à la mort, formes se produisant souvent après des traitements par des microbes pyrogènes. A une question de H. Baruk demandant quels étaient les microbes utilisés, Jatskewitz a répondu que le *Bacterium coli* était souvent utilisé. Ces remarques confirmaient donc une fois de plus l'action neurotrope et psychotrope du colibacille intestinal. Mastrogeovani, élève du prof. Buscaino, a étudié chez les animaux l'action toxique du liquide céphalo-rachidien prélevé chez des schizophrènes dans des conditions rigoureuses d'asepsie ; il a observé 88 % de mortalité chez les animaux, avec hémorragies et lésions cellulaires et exaltation de l'action nocive après passages sur l'embryon. Rien d'analogue avec le liquide céphalo-rachidien de sujets normaux. Il émet l'hypothèse de virus possibles.

Le prof. Buscaino (de Naples), présent à toutes ces séances, a pu faire ressortir à juste titre les confirmations récentes de sa conception du rôle toxique psychogène des amines intestinales, du rôle de l'indol, etc... En ce qui concerne les amines et le métabolisme des purines, citons l'important exposé de Kishimoto (du Japon), qui insiste sur les troubles considérables chez les schizophrènes du métabolisme des nucléo-protéides (adénine, hypoxanthine, guanine, etc...).

Un symposium fut consacré aux modifications du sang et aux causes toxi-infectieuses dans la schizophrénie avec l'étude des perturbations des processus oxydatifs (Parhon, Stefanescu et ses coll., Bucarest), les causes infectieuses, colibacillaires et autres (Fleichhacker, Angleterre), le rôle de l'hypoglycémie (Pitrelli, U.S.A.), l'action du traitement insulinique sur la tolérance au glucose chez les schizophrènes (Aksel, d'Istanbul).

De nombreux et importants symposia eurent lieu sur la thérapeutique chimique et pharmacologique. Le plus important, organisé par Kline (d'Oran-

geburg, U.S.A.), comprit près de 70 orateurs, en particulier les exposés pour la France de Delay, de Deniker, de Coirault, de Laborit, Thuillier, etc... Delay et Deniker ont insisté sur les syndromes excito-moteurs ou hystériformes observés après traitement par certains neuroleptiques. Ces problèmes sont liés aussi aux questions de dose. Si certains auteurs estiment qu'il est nécessaire, pour obtenir l'effet thérapeutique, d'utiliser des fortes doses s'accompagnant de perturbations d'allure organique du système nerveux, d'autres auteurs ont insisté sur l'inutilité et le danger de ces fortes doses, susceptibles de réaliser chez l'homme une véritable catatonie expérimentale, et que ce qu'il faut chercher, ce n'est pas la secousse et l'ébranlement ou l'annihilation du système nerveux, mais l'action régulatrice sur les processus psycho-pathologiques par des doses finement adaptées (H. Baruk, J. Launay et J. Bergès).

Un grand nombre de publications furent consacrées encore aux drogues psychopathogènes, notamment celles de Thuillier (de Paris), sur les drogues analogues à L.S.D. de Roubiceki (de Prague), sur les psychoses expérimentales (L.S.D.) et la schizophrénie. Par ailleurs, Fiamberti (de Varèse) et ses collaborateurs exposa dans une séance spéciale ses méthodes thérapeutiques (acétylcholine et leucotomie transorbitaire), mais les communications les plus nombreuses furent consacrées aux actions pharmacologiques sur le psychisme. En dehors de celles déjà citées, citons les interventions de Mayer-Gross (de Birmingham), sur les théories de l'action pharmacologique sur le psychisme ; de Kluever (de Chicago), sur la « psychochemistry » ; de Denber (de New-York), sur les troubles provoqués par la mescaline ; de Sackler et ses coll., sur la physiodynamique et l'étiologie des psychoses fonctionnelles, et aussi celle de Cohn et Herfed (de Paris), sur les modifications du métabolisme cérébral chez le lapin sous l'effet de L.S.D. 25 et du cardiazol avec étude des antagonistes de L.S.D. 25 et de cardiazol.

Citons aussi les importants travaux de Bruetsch (d'Indianopolis), sur les schizophrénies en rapport avec des altérations cérébrales (rhumatismales en particulier) ; l'importance des traitements médicamenteux récents, et leur valeur, fut étudiée et synthétisée dans une séance spéciale par Kesselbrenner et Denber (de New-York) et dans deux communications par Fouks (de Poitiers), avec une étude approfondie des divers médicaments et de l'étude psychologique des schizophrènes guéris, ou stabilisés, etc... Citons aussi le symposium sur la réserpine (Maurel et Spielman, de Rouffach), Cole and Glees (Oxford), etc... Citons aussi les travaux de Pennington (U.S.A.), sur la ritaline ; de Lois Asorey, sur le traitement par l'histamine ; de Danziger (de Wauwatosa, U.S.A.), sur le traitement thyroïdien ; de Zeller et coll. (de Chicago), sur l'effet de l'iproniazid et du tryptophan chez les schizophrènes.

Les problèmes sociaux concernant la schizophrénie ne furent pas négligés non plus. Un symposium important fut organisé par Delay sur le problème de la famille et du milieu dans lequel vivent les schizophrènes. Bour a insisté sur le rôle de la dissociation familiale, Baker et Game (Angleterre), Kammerer, Cahn et Nevers (Strasbourg) sur les mères des schizophrènes, etc... Plusieurs séances importantes furent consacrées à la « psychiatrie sociale », à la thérapeutique sociale, aux réactions médico-légales, des schizophrènes, ainsi qu'aux diverses variétés de psychothérapie : thérapeutique par le travail, Sivadon et Schweich (Ville-Evrard), Petro et Scolari (Milan), Boech (Stuttgart), thérapeutique par la musique, Altshuller (de Détroit), Gullio (Angleterre), psychothérapies spécialement des paranoïdes (Riemer, Lipshitz, Bodenheimer, etc...), psychothérapie du mutisme (Tolentino), du refus d'aliments

(Mme Cavé, de Paris). Mme Sechehaye (de Genève), a exposé ses importants travaux sur la psychothérapie des schizophrènes dans une communication très remarquée et exposée en français ; le Dr Papadimitriou (d'Athènes), a exposé le rôle de la parole dans le contact avec le malade et dans la psychothérapie et la thérapeutique. Citons aussi les communications de Margat (de Saint-Rémy, France), de Cameron (de Montréal), de Voelgyesi (de Budapest). D'importantes séances furent consacrées à la psychothérapie de Jung et à l inconscient collectif, en particulier, par Schweizer (de Lausanne), Kammerer (de Strasbourg), et ses collaborateurs, Tedeschi (de Rome). Nous avons mentionné plus haut la conférence de Jung lui-même. Enfin, des séances furent consacrées à la resocialisation des schizophrènes et aux thérapeutiques de groupe. Un congrès spécial, consacré aux thérapeutiques de groupe, avait eu lieu un peu avant le congrès, sous la présidence, notamment de Bierer (de Londres), congrès qui mériterait une analyse spéciale. Enfin, des séances et communications ont été consacrées au psychodrame de Moreno.

L'art psychopathologique a été très largement étudié avec les exposés très importants de Lewis, de Mme Sechehaye (de Genève), de Mme Naumburg (de New-York), qui a fait en outre une remarquable exposition et a présenté son récent ouvrage richement illustré sur « l'art psychoneurotique », de Steck (de Lausanne), de Brun (du Danemark), de van der Horst (d'Amsterdam), etc... De très belles expositions d'art psychopathologique étaient organisées par Volmat (de Besançon), Ferdière (de Bayonne), Mme Naubourg, etc... Nous avons regretté de ne pas retrouver des documents d'Osorio Cesar (de Juquery), qui a été un précurseur dans ce domaine.

A côté des diverses psychothérapies, une séance a été consacrée aux concepts adlériens de la schizophrénie, séance présidée par Biérer (de Londres). Des séances et symposia ont été consacrés aux problèmes du langage dans la schizophrénie, notamment un symposium organisé par Bobon (de Liége), qui a insisté aussi sur « la psychopathologie de l'expression plastique, mimique et picturale, avec une étude intéressante sur « la pensée magique d'un schizophrène ».

Les tests ont été aussi étudiés, et en particulier le test de Rorschach, avec des travaux de Delay, Pichot, Perse, et Barande, de Bobon, de Aksel (d'Istanbul), de Schachter (de Marseille). Enfin, l'histoire de la psychiatrie a été remarquablement représentée par l'exposition du prof. Ackerknecht, professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Zurich.

Nous n'analyserons pas ici les importantes séances consacrées à la neuro-psychiatrie infantile et le symposium organisé par Heuyer, qui seront probablement analysés dans les revues spéciales de neuro-psychiatrie infantile.

CONCLUSIONS

Le court exposé précédent fatalement incomplet donne cependant, espérons-le, une idée de la physionomie de ce deuxième congrès international de psychiatrie et des changements considérables survenus depuis le premier congrès international de psychiatrie de Paris.

Dans ce deuxième congrès, la place tenue par les méthodes de choc et la psycho-chirurgie a énormément diminué et tient un rôle minime. Ce qui domine tout le congrès, c'est l'énorme développement de la psycho-pharmacologie. Cette psycho-pharmacologie doit toutefois être précisée, car elle

comporte elle-même plusieurs orientations. La première consiste à étudier les substances psychotropes dans un but étiologique et thérapeutique en utilisant l'expérimentation chez les animaux. Cette méthode, que nous avons inaugurée avec de Jong et poursuivie depuis trente ans, a reçu un grand développement et une consécration à ce congrès si l'on en juge par les travaux sur la catatonie expérimentale et le développement de l'étude des causes toxiques en psychiatrie, et la création de laboratoires de psychiatrie expérimentale chez les animaux analogues au laboratoire que nous avons fondé dans notre service de Charenton avec l'aide de la fondation Rockfeller il y a 25 ans.

A côté de ces méthodes, il y a une psycho-pharmacologie qui consiste à étudier minutieusement la biologie des schizophrènes et des malades mentaux, en recherchant tous les troubles du métabolisme, et les substances toxiques élaborées dans leur organisme, dans le sang, dans la bile, dans le liquide céphalo-rachidien, etc..., et en identifiant ces substances, à la fois par l'expérimentation animale et par l'analyse chimique. Cette tendance a été aussi très largement représentée.

Une troisième méthode voisine et connexe des précédentes consiste à étudier pharmacologiquement les substances thérapeutiques nouvelles en utilisant l'expérimentation animale d'abord, l'essai thérapeutique ensuite. Cette tendance a donné lieu aux études physiologiques sur les neuroleptiques, à la catatonie expérimentale par ces substances, etc...

Une quatrième tendance consisterait à expérimenter ces produits toxiques ou psychotoxiques, non plus chez l'animal mais chez l'homme. Cette tendance reste rudimentaire et n'a été qu'ébauchée. C'est là, à notre avis, une tendance dangereuse, et également peu profitable au point de vue scientifique. Il y a lieu de marquer dès maintenant des réserves formelles à ce sujet.

Par ailleurs, le congrès a marqué aussi une tendance que l'on qualifie souvent de tendance anthropologique qui, en réalité, a été surtout marquée par une réintroduction en psychiatrie du rôle considérable de la personnalité ; cette tendance a été affirmée dès le début du congrès par le président du congrès, le professeur Manfred Bleuler, dans le remarquable discours inaugural qu'il a prononcé et qui a marqué, dès le début, l'orientation dominante du congrès. Il a insisté sur le fait qu'au lieu de se fixer sur des entités nosographiques abstraites, il fallait avant tout considérer le malade, et la personnalité du malade, dans un effort synthétique de compréhension et de sympathie. Cette note a été longuement développée dans le congrès, et comme l'a bien dit Morselli, l'état schizophrénique n'est pas comme on le croit trop souvent une régression, et rappelant la parole de Bleuler, il a insisté sur le fait que le monde schizophrénique n'est pas un chaos, mais est également structuré. Cette orientation générale a été également particulièrement renforcée par les interventions de Menninger, d'Ellenberger, de Zilboorg et de bien d'autres, qui ont insisté sur le danger de recourir à des méthodes agressives et qui arrivent peu à peu à entrevoir le rôle de ces facteurs de confiance et de ces facteurs moraux sur lesquels nous avons tant insisté depuis des années.

A ce sujet, ce congrès marque une grande étape et un double mouvement consistant, d'une part dans le retour à des méthodes scientifiques réelles ayant pour but d'étudier les causes biologiques des psychoses et plus particulièrement les causes toxiques, d'autre part dans un retour vers l'humanisme et dans le respect de la personnalité humaine.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Analyse du Traité des névroses, par B. Disertori. (1 vol., relié, 505 pages, Einaudi édit., Turin, 1956).

C'est un vide de la culture neuro-psychiatrique européenne que le traité de B. Disertori, de Trente, vient remplir. Chaque problème, expérience et donnée touchant aux névroses, y est analysé et débattu avec une conscience aiguë et moderne des énigmes, aussi biologiques que métaphysiques.

Disertori sépare fondamentalement les névroses, en tant que maladies psychogènes, des autres affections neuro-psychiques, et il propose pour la science des névroses le terme quelque peu étrange, si l'on veut, mais très indicatif, de « névrosologie » : « La névrosologie, nous dit-il, relève de la catégorie du fonctionnel psychogène. »

Par cette conception, l'auteur italien se rapproche de certains courants psycho-somatiques, tout en demeurant foncièrement fidèle aux critères de l'organicisme. Il conçoit la relation somato-psychique dans les névroses comme intermédiaire entre « causes agissantes de la réalité psychique de l'organisme et la réalité physico-chimique de celui-ci ». A la base des névroses voit-il une altération fonctionnelle dynamique des secteurs végéto-émotifs du cerveau déclenchés par des facteurs « psychiques », c'est-à-dire rattachés aux exigences et aux lois instinctivo-affectives. Disertori admet une interaction causale entre psychique et physique, et c'est justement, suivant lui, la causalité psycho-physique qui caractérise les phénomènes cliniques psychogènes. Disertori estime que la dite causalité trouve ses arguments probatoires dans tous ces phénomènes biologiques que l'on ne peut pas expliquer, sinon en prêtant à l'être vivant une activité téléologique irréductible à un déterminisme purement physico-chimique, activité grâce à laquelle notre organisme vise à se protéger, à se reproduire aussi qu'à insérer son identité dans le monde.

Les données cliniques au moyen desquelles Disertori appuie ses argumentations nous semblent remarquables au plus haut degré.

Suffit-il, à cet égard, de souligner le cas « Fiacca », auquel l'auteur dédia en 1939 un important travail : il s'agit d'une personnalité alternante avec dédoublement de conscience, de mémoire, faisant des crises de léthargie, catalepsie et somnambulisme. De plus, ce malade présentait un syndrome extra-pyramidal post-encéphalitique avec plusieurs troubles neuro-végétatifs

rattachables à souffrance du diencéphale hypothalamique, parmi lesquels de l hyperréactivité à l'hormone diurétique hypophysaire, relevant d'une hyperexcitabilité du centre diencéphalique de la diurèse. Or, la roentgenthérapie diencéphalique parvint à effacer la réponse pathologique à l'hormone aussi bien que la tendance au somnambulisme artificiel. Ce cas exceptionnel est par Disertori interprété en suivant l'idée jacksonienne de « dissolution », comme traduisant de l'inhibition sur le cortex de la part du diencéphale, qui à son tour aurait été sollicité par le cortex. Foncièrement, l'hystérie, suivant Disertori, n'est-elle que l expression d'une influence inhibitoire du diencéphale sur l'activité corticale : inhibition mise en branle par voie psychogène.

Le livre qui nous occupe constitue un apport de premier ordre à un secteur parmi les plus obscurs de la neuro-psychiatrie. La pensée de Jackson, Monakow, Janet, et des psychogénétistes nous y semble heureusement intégrée avec celle de l'auteur. Il va sans dire que, dans ce domaine, une foule d'interrogatifs ne cesse de nous poursuivre. Les lois qui conditionnent l'influence de la vie émotive, ainsi que des phénomènes de stress liés aux conflits sur les dispositifs diencéphaliques nous échappent entièrement. Mais, certes, à l'éclaircissement de ces questions, Disertori vient d'apporter une contribution très valable.

E. Morselli.

La pratique des tests mentaux en psychiatrie infantile, par L. Moor. (Masson et C^ie^, éditeur, 1957, un volume de 208 pages).

Livre essentiellement pratique, remarquablement bien ordonné et facile à lire. Comme l'écrit l'auteur, les tests prennent en psychiatrie infantile une importance croissante, mais ils se multiplient avec une telle cadence que le clinicien ou le psychologue se retrouve un peu désorienté. Mlle Moor apporte la discrimination indispensable. Ce livre est divisé en trois parties.

La première est consacrée à l'examen psychométrique proprement dit et à l'énumération des tests les plus usuels (tests de développement des enfants à l'âge pré-scolaire, tests d'intelligence pour enfants de plus de 5 ans, tests perceptivo-moteurs, tests de niveau du langage, tests de niveau scolaire, tests de dessin, test de personnalité, tests de niveau moteur, tels divers). Pour chaque cas on remarque une documentation complète.

La deuxième partie indique « la conduite à tenir vis-à-vis d'un enfant qui a consulté pour rendement scolaire insuffisant » ; les sous-titres sont d'un intérêt certain : les faux débiles et le mythe du chiffre (Q.I.), la débilité mentale camouflée ; la mesure de la détérioration mentale ; conduite à tenir en présence d'un enfant présentant un retard de la parole ; conduite à tenir en présence d'un enfant suspect de dyslexie ou de désorthographie ; comment préciser le niveau intellectuel des déficients sensoriels et des infirmes moteurs ; le profil psychologique.

La troisième partie apporte enfin toutes les indications utiles et essentielles : 1) composition du matériel de psychologue travaillant au sein d'une équipe de neuro-psychiatrie infantile ; 2) adresses de fournisseurs de matériels psycho-techniques ; 3) revues françaises susceptibles d'intéresser le psychologue clinicien s'occupant d'enfants ; 4) adresses de bibliothèques.

Ce petit livre indispensable mérite toutes les félicitations.

Paul Abély.

L'instinct dans le comportement des animaux et de l'homme. (1 volume, 796 pages. Édition Masson et Cie, 1956).

Le Conseil de la Fondation Singer-Polignac a organisé en juin 1954 un colloque international de ce qu'on appelle l'instinct. Les exposés de base et les discussions qui ont suivi représentent l'ensemble de ce volume. Comme le dit l'avertissement préalable de ce livre, il s'agit « de travaux d'approche » et de recensement des faits déjà acquis.

Les vingt-deux chapitres qui composent l'ouvrage sont chacun consacrés à un rapport et aux discussions afférentes.

Le premier est de G. Viaud (de Strasbourg) et parle de son exposé sur « taxies et propismes dans le comportement instinctif ».

Le deuxième, sous l'impulsion de K. Lorentz (de Buldern), expose une « théorie objective de l'instinct ».

M. Autuori (São-Paulo), dans un autre chapitre, étudie « la fondation des sociétés chez les fourmis champignonnistes du genre « Atta ». Au chapitre suivant, c'est Ph. Deleurance (Paris), avec son « analyse du comportement bâtisseur chez les polistes (hyménoptères) et l'activité bâtisseuse d'origine interne ».

M. Fontaine (Paris) se consacre à l'étude de « l'instinct migrateur des poissons ».

J. Benoit (Paris) envisage les « états physiologiques et instincts de reproduction chez les oiseaux » ; c'est là un chapitre important et très physiologique, assez parallèle à celui de M. Klein (Strasbourg), sur « les aspects biologiques de l'instinct reproducteur dans le comportement des mammifères ».

Karl von Frisch (München) apporte une étude captivante et très approfondie sur le comportement instinctif des abeilles. On retrouve, dans l'article « Langages et pensées inconnues », de O. Koehler, tout le talent de ce grand biologiste allemand.

J. B. S. Haldane (Londres), aborde l'étude physico-chimique des instincts. Il le fait d'une façon particulièrement brillante. On peut rapprocher de ce travail celui assez voisin de P. Richter (Baltimore), sur « l'appétence au sel chez les mammifères et sa dépendance avec l'instinct métabolique ».

Lorenz soulève d'intéressants problèmes sur « les activités de jeu et les activités apparaissant vides ».

H. Piéron (Paris) consacre un très intéressant chapitre à « l'évolution du comportement dans ses rapports avec l'instinct ».

Le travail de P. Bénassy (Paris) sur « la théorie psychanalytique de l'instinct » soulève quelques discussions, spécialement celle de G. Viaud, comparant la méthode psychanalytique freudienne à une méthode aristotélicienne d'empirisme médical.

Le dernier chapitre est de R. Ruyer (Nancy), sur « Finalité et instinct ». L'auteur soutient avec talent « ce postulat invisible » (ainsi désigne-t-il le finalisme), mais évidemment sans avoir encore réussi à résoudre ce problème.

Ce très intéressant volume se termine par les conclusions de H. Piéron, qui aboutit à une prudente synthèse, où il retient les quelques notions aujourd'hui évidemment acquises, encore bien modestes dans leur nombre comparativement à l'immensité des inconnues.

Ce livre polyglotte n'utilise en réalité que l'anglais, l'allemand ou le français, c'est-à-dire qu'il est d'une lecture aisée, qu'on ne saurait trop

recommander, aussi bien aux médecins qu'aux biologistes et aux psychologues.

L'impression n'enlève rien à l'intense vie de ce colloque, au point qu'à certains moments le lecteur se sent presque inclu dans la chaleur de la discussion.

Paul Abély.

Un test visuo-moteur et son usage clinique, par Lauretta Bender. Traduit de l'anglais par B. de Ribaucourt, en collaboration avec J.-M. Lemaine. (Un volume de 200 pages, Presses universitaires, Paris, 1957).

Ce livre met l'accent sur le processus perceptif dans la psychologie de la Gestalt et sur son application en psychopathologie. La lecture en est captivante de la première à la dernière page.

Le test consiste à faire copier à des enfants ou à des adultes détériorés des configurations visuelles utilisées par Wertheimer dans ses expérimentations sur la vision des formes (sont utilisés neuf des modèles originaux de Wertheimer).

La première partie de cet ouvrage est consacrée aux considérations génétiques : Processus de maturation chez les enfants et le facteur moteur. Les débiles mentaux de niveau inférieur et le fondement biologique de la forme et de l'espace. La maturation chez l'enfant primitif. L'imagerie optique et le mouvement comme moyen de représentation organisée. Le phénomène tachistoscopique et le facteur temporel.

La deuxième partie, pour nous psychiatres, est d'un intérêt majeur ; elle est consacrée aux considérations cliniques et se compose des chapitres suivants :

a) L'aphasie sensorielle et la localisation cérébrale de la structuration visuo-motrice. « Les études des perturbations de la structure visuo-motrice dans les cas de lésion cérébrale indiquent que les principes de structuration ne sont jamais définitivement fixés, mais qu'ils constituent la réponse intégrative de la personnalité dans sa totalité, dans quelque situation que ce soit. Dans les cas de lésion cérébrale, les fonctions régressent à des niveaux plus primitifs, mais au cours de la récupération on assiste à la progression des stades de maturation jusqu'au stade final le plus élevé. »

b) Les perturbations des structures visuo-motrices dans différents types de lésions organiques cérébrales (paralysie générale, psychoses alcooliques, psychoses traumatiques, états confusionnels aigus).

c) La schizophrénie. « On voit que l'intégration de la structure comprend de nombreux champs d'expérience, et en particulier les problèmes centraux de la personnalité. Nous trouvons donc que, dans la schizophrénie, il y a non seulement une dissociation anormale et une scission des fonctions qui devraient former des touts indivisibles, mais encore il s'y rencontre un échec à dissocier les fonctions qui tendent à se rassembler si intimement que les expériences de la personnalité se trouvent représentées par un conglomérat incompréhensible. »

d) Les psychoses maniaco-dépressives. « Les structures visuo-motrices propres aux sujets maniaco-dépressifs expriment aussi les difficultés instinctives inhérentes, aux états pathologiques, ainsi que les tendances à l'inhi-

bition ou au relâchement des perceptions et des associations dans les autres champs, perceptuel et émotionnel ».

e) Standardisation de la fonction de structuration dans un test de performance chez l'enfant.

f) La fonction de structuration dans la déficience mentale. L'auteur aboutit aux conclusions suivantes : « Une telle analyse conduit à l'opinion qu'il y a de multiples causes de déficience mentale qu'on peut classer ainsi : 1) simple retard de maturation ; 2) troubles spécifiques dans le domaine du langage ; 3) phénomènes dissociatifs qui déforment la personnalité totale ; 4) troubles des impulsions motrices ; 5) troubles perceptifs ; 6) troubles confusionnels).

Une telle analyse fait espérer une meilleure compréhension de la déficience mentale, une classification et un traitement spécifiques pour certains groupes. De plus, le test de Gestalt aide à l'analyse, au diagnostic différentiel et au pronostic de chaque cas. »

g) La fonction de structuration dans la simulation et dans le syndrome de Ganser.

h) Les psycho-névroses. « Schilder définit la dépersonnalisation comme " le tableau caractéristique qui survient chez l'individu qui n'ose pas placer sa libido, soit dans le monde extérieur, soit dans son propre corps ". Dans ce cas, cet état entraîne une destruction des images optiques en les ramenant à leur origine : le champ optique, avec son amas tourbillonnant de mouvement et d'obscurité ; de cette façon, aucune forme significative ne peut plus être perçue sur son fond. »

Ce beau livre, enrichi d'une importante bibliographie, doit avoir obligatoirement sa place dans la bibliothèque d'un psychiatre.

Paul Abély.

Psychanalyse du lien interhumain, par A. Hesnard. (1 volume de 231 pages. Presses universitaires de France, 1957).

Les nombreux ouvrages de A. Hesnard sont bien connus et unanimement appréciés. Ecrits avec élégance et brio, ils portent la marque très personnelle de leur auteur. Je les ai à peu près tous lus avec un réel intérêt.

Est-ce parce que mes fonctions d'analyste m'ont obligé à trop disséquer son dernier-né, est-ce que le sujet de ce volume dépasse indubitablement le cadre de la psychanalyse ? toujours est-il que j'avoue n'avoir pas subi à cette lecture le même charme qu'autrefois, cela sans pouvoir en discerner exactement les causes. Peut-être sa « dialectique » y est-elle un peu trop poussée, un peu trop « forcée ».

L'introduction résume le sens du travail sous les quatre définitions suivantes :

1) « La personne humaine ne relève, sous cet angle, ni de la mécanique, ni de la mystique. Elle est un être de chair, total et singulier, qui ne peut être compris que dans le lien qui l'unit à son milieu interhumain.

2) Lorsque cet être intègre les activités organiques ou biologiques qui maintiennent son existence et le lient à son milieu biologique, il s'appelle corps.

3) Lorsqu'il intègre, avec ses activités organiques, ses activités de besoin ou ses activités dites affectives, s'identifiant alors partiellement aux objets

de ses grands intérêts vitaux et se liant à d'autres êtres vivants et humains, il s'appelle individu.

4) Lorsqu'il intègre, avec ses activités organiques et ses activités instinctuelles, des activités de structure complexe, s'identifiant alors avec ses semblables et avec lui-même en tant que projection spirituelle de quelque idéal, devenant alors un être en valeur, un être de droit et de devoir et un être d'autant plus lié aux autres hommes dans son intimité morale qu'il acquiert plus d'autonomie et de liberté, il s'appelle personne. »

Je dirais, quant à moi, qui atteint alors la maturité de la totalité de sa personne.

Dans un premier chapitre, A. Hesnard étudie l'inter-subjectivité anonyme — le lien interhumain primordial et la dialectique de l'Ego et de l'Alter.

Puis, au deuxième chapitre, il envisage : L'identification, conduite d'inter-subjectif privée.

Au troisième chapitre, l'auteur se préoccupe de la « naissance et dialectique structurante de l'identification chez l'enfant ».

Nous retrouvons ici toutes les conceptions psychanalytiques classiques avec quelques dissidences personnelles, qui apportent certes une explication partielle de cette pré-identification, mais certainement par la totalité de celle-ci.

Le quatrième chapitre est consacré à l' « identification et comportement ».

Au cinquième chapitre, A. Hesnard s'intéresse à « l'identification et dialectique du couple ». On y retrouve divers sous-chapitres tels que : couple et parent-enfant (où se découvre le prolongement du 3e chapitre) ; dialectique du maître et de l'esclave (avec son sentiment de frustration), couple accusateur-accusé (qui rappelle certains passages de l'univers morbide de la faute) ; les couples amoureux et conjugal. Les deux dernières pages de ce chapitre, consacrées à « la dépendance », surprennent quelque peu par leur brièveté comparativement à l'importance et à la complexité du sujet ébauché.

Le sixième chapitre apporte l'étude « des identifications collectives » et quelques opinions personnelles sur le psychodrame de Moréno.

Au septième chapitre, A. Hesnard expose ses conceptions sur « les identifications socialisantes et la participation » sur une structuration qui va du simple et du primitif au complexe et au civilisé. Ce chapitre aboutit logiquement au sujet du 8e chapitre, « les identifications culturelles ». Cette partie de l'ouvrage nous fait retrouver toute la finesse analytique de l'auteur. Elle est incontestablement, pour moi, la mieux réussie.

Je n'ose pas en dire autant du neuvième chapitre sur « les identifications et la participation morbides ».

Si l'identification joue un rôle probable dans la structure des névroses (encore que l'hérédité y contribue pour une part au moins aussi importante), je ne crois pas, contrairement à l'opinion de A. Hesnard, qu'elle constitue un apport primordial dans l'étiologie des psychoses. Dire que celles-ci apparaissent comme des « maladies de la coexistence » est un peu jouer avec les mots sans remonter à leur véritable point de départ, surtout quand un névrosé habituel culbute dans la psychose caractérisée. Alors la relation avec le monde est certes perturbée, mais à titre réactionnel et non primitif. Les néo-structures dont parle l'auteur ne sont que les superstructures d'une perturbation bien plus complexe.

La conclusion de ce travail aboutit à la conception d' « une ambivalence humaine fondamentale : identification et agression ». Conclusion certes très

intéressante, mais peut-être un peu tentaculaire. Elle se termine ainsi : « Cette anthropomorphose, qui va du lien social asservissant du pré-civilisé jusqu'à la liberté de la communion et à l'appel du transcendant, intègre à chaque instant l'individu à son milieu humain naturel, progressivement débarrassé de l'irrationnel primitif. »

Je souhaite, avec l'auteur et avec aussi quelque scepticisme, que se réalise « l'union planétaire des hommes ».

Je recommande la lecture de cet ouvrage. Si « sa dialectique » n'est pas unanimement acceptée par tous, elle force à penser, et c'est là le but le plus réussi auquel peut aboutir un auteur.

Paul Abély.

L'homme et son corps. Préface du professeur Lhermitte. (Traduit de l'allemand par R. Givord), de Gustav Siewerth. (Un volume de 169 pages, éditions Plon, Paris, 1957).

Ce livre rassemble sur un problème précis la pensée de l'un des plus importants philosohes chrétiens de l'Allemagne actuelle. Le professeur Lhermitte présente cet ouvrage en développant ce que le corps représente pour la médecine. Il écrit : « Si l'on peut localiser dans une certaine mesure des circuits nerveux des mécanismes réflexes et automatiques, ce serait pure illusion de chercher à localiser cette chose ailée et fuyante qu'est l'esprit. » G. Siewerth tente de démontrer ce principe. « L'homme n'est pas un corps et une âme, mais une unité fondamentale, indissolublement corporelle et spirituelle. En outre, l'homme est non seulement « dans le monde », mais « au monde », c'est-à-dire en profonde relation avec lui, et c'est justement le corps qui exprime ce rapport au monde. En sorte que, pour connaître l'homme, on doit connaître la manière dont l'homme s'exprime spontanément au dehors et inscrit sa marque dans le monde. L'homme « enfant et sommet de la nature », créé à l'image de Dieu, a reçu aussi le pouvoir de s'engendrer lui-même : il est l'enfant et le générateur de l'homme. L'éducation a précisément pour tâche cette génération corporelle et spirituelle qui part du « cœur » de l'homme et qui doit le mener à son achèvement, c'est-à-dire à sa plus parfaite ressemblance avec Dieu. »

Ce livre très condensé se divise en deux parties : la première situe la position de la question, étude à prédominance historique de l'antiquité à nos jours.

La deuxième partie constitue « un essai de synthèse », faite de nombreux et courts chapitres ; elle est difficile à analyser dans ses détails. Je me limiterai à en citer quelques-uns : l'homme enfant et époux de la nature ; le caractère instrumental du corps ; les signes comme réalité du monde et le langage ; l'individuation de l'homme par la matière ; l'homme, unité et sommet de toute la nature ; la génèse autonome de l'homme dans l'abîme de son isolement comme être particulier ; l'homme comme liberté concrète ; l'homme comme être corporel et l'achèvement éternel.

Dans ce livre, G. Siewerth se révèle à la fois comme un théologien, comme pn philosophe, comme un poète mystique, mais ce chrétien demeuré laïc reste aussi l'ancien élève de Heidegger et de Husserl. La remarquable préface de J. Lhermitte ajoute à ce volume la note scientifique et médicale avec toutes les données actuelles de la neuro-psycho-physiologie.

Paul Abély.

Le clochard, par A. Vexliard. (Édition Desclée de Brouwer, 1957. 1 volume de 317 pages).

De ce livre, d'une lecture très agréable et enrichi de multiples observations, je ne discuterai que le titre.

D'ailleurs, cette épithète de « clochard » ne se retrouve guère que sur la couverture et dans les conclusions. La seule définition qu'en donne l'auteur manque d'une précision scientifique apte à délimiter utilement le sujet. Combien j'aurais préféré le terme de vagabond ! Car le clochard est le plus souvent clochard par vocation alors que le vagabond est fréquemment vagabond par nécessité. Certes, dans les deux cas surviennent des interférences sociales, caractérielles, névrotiques ou psychopathiques, mais ce ne sont pas les mêmes chez le clochard et chez le vagabond. A côté de ces deux types déjà différents, se retrouve le nomade, le souteneur occasionnel (comme dans l'observation 61), le vagabond des campagnes et celui des grandes villes, car, comme le dit l'auteur, il n'y a pas un clochard ou un vagabond, mais des individus clochards et des individus vagabonds (surtout parmi ces derniers). Entre le clochard de Paris, plutôt casanier, souvent soumis à des règles corporatives (telle l'attribution des poubelles), il y a très peu de ressemblance avec le vagabond de province, surtout avec ces pseudo-vagabonds occasionnels des régions vinicoles méridionales que j'ai bien connus dans mon enfance, que j'ai par la suite comparés aux clochards de la capitale pour en noter la totale dissemblance. Il y a enfin le mendiant qui, souvent, n'est qu'un faux vagabond.

Le problème du vagabondage est en réalité très difficile à saisir en profondeur, car il est d'une extrême variété et complexité. Il exige, pour l'étudier, la collaboration étroite du psychologue, du psychiatre, du sociologue et même de l'économiste, sinon on tombe dans l'hypothèse. Certes, avec M. Vexliard, il faut reconnaître que les causes sociales ont une grande importance (désorganisation familiale, maladies, chômage, non-spécialisation, poids d'un casier judiciaire, interdiction de séjour, vieillissement, etc...), mais je ne crois pas qu'elles dominent totalement le problème. Parmi les nombreux vagabonds ou clochards que j'ai eu à connaître, tant au point de vue médical que médico-légal, à Nanterre ou devant les tribunaux, j'ai trouvé un chiffre important de schizoïdes, de cyclothymiques, de déchus alcooliques, d'oligophrènes, de déséquilibrés profonds, d'épileptiques, etc... Et, presque toujours, le drame qui les conduisait devant la justice était alourdi par un gros appoint éthylique occasionnel ou chronique. La déchéance de causes multiples, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, était prédominante ; les caractériels, les paranoïaques, les délirants, sont beaucoup plus des vagabonds que des clochards.

Sous ces réserves, le livre d'A. Vexliard est riche de documentations et de références bibliographiques, mais il explique seulement un côté du problème.

Paul Abély.

Le psychodrame analytique chez l'enfant, par Didier Anzieu. (Presses Universitaires de France, 1956. Un volume de 179 pages).

Ce livre est divisé en trois chapitres :

Le premier apporte l'historique du psychodrame de Moréno, tel que celui-ci l'a envisagé, conçu, appliqué, perfectionné, pour en arriver à la

sociométrie. L'auteur y ajoute quelques critiques et regrette que Moréno n'ait pas été psychanalysé.

C'est pourquoi l'école française homogéinise ce psychodrame à la sauce psychanalytique. Elle l'a surtout adaptée aux enfants et adolescents.

C'est à quoi est consacré le deuxième chapitre : adaptation cette fois analytique aux jeunes sujets inadaptés ; technique psychanalytique et technique psychodramatique ; éléments dynamiques des séances et transformations de la technique psychanalytique.

Le troisième chapitre est surtout fait des conclusions et des perspectives (esthétique expérimentale, psychologie génétique, sociologie). D'importants appendices apportent d'intéressants exemples pratiques de cas divers. L'appendice II, intitulé « La préparation du métier de psychologue », est plein d'enseignements.

J'ai lu ce livre, comme il se doit, avec beaucoup d'attention, et crayon en main, tout en méditant sur un article récent de S. Lebovici, paru dans la « Semaine des hôpitaux » du 26 août 1957. Je n'ai pas contrôlé l'action thérapeutique du psychodrame analytique chez les adolescents et j'aurais mauvaise grâce à en discuter. En revanche, j'ai eu quelques occasions de suivre discrètement des séances de psychodrame de groupe chez des malades psychopathes ou grands névropathes de mon service, examens pratiqués par un psychothérapeute compétent. Les résultats m'ont assez désillusionné. Certes, l'expérience était bien incomplète pour pouvoir juger de cette méthode.

Toute tentative thérapeutique doit être, dans l'intérêt même de nos malades, honnêtement contrôlée et tout aussi honnêtement jugée quand une conclusion s'impose.

Paul Abély.

La longévité. Collection : *Que sais-je* ? par Jacques Guillerme. (Presses Universitaires de France, Paris, 1957, un volume de 126 pages).

En un temps où la gérontologie prend sa place dans les spécialités médicales, la parution de ce livre paraît entrer dans cette voie. En réalité, comme le dit l'auteur, l'important est de nous acheminer le plus lentement possible vers une inéluctable mort ; il s'agit d'ajouter de la vie aux années plus que des années à la vie. Ce livre, d'une intéressante lecture, expose d'abord « les points de vue » aux bases très incertaines.

Puis l'auteur étudie les aspects démographiques du problème et les modes d'expression de la longévité avec tableaux comparatifs selon le sexe, aspect de l'évolution historique de la longévité moyenne et ses causes, surmortalité masculine.

Un très intéressant chapitre est consacré aux aspects biologiques du problème (la longévité est-elle un caractère spécifique ? ; l'hérédité de la longévité ; longévité et différenciation sexuelle ; interprétations physiologiques des différences de longévité ; vieillissement des organes et âge physiologique ; milieu et longévité ; les techniques de la prolongation de la vie).

J. Guillerme termine par les « aspects psychologiques et sociaux de la longévité » et il conclut ainsi : « C'est en tendant vers toujours plus d'individualisation que l'homme est sans doute le plus assuré de durer. La volonté de penser et de se dépenser en tant qu'individu est encore l'un des moyens les plus propres à reculer l'échéance de l'irrémédiable sénilité. »

Paul Abély.

Principes de psychiatrie dynamique. (Traduit de l'anglais par Colette Thomas), de Jules Masserman. (Presses universitaires de France, Paris, 1956, un ouvrage de 378 pages).

Il en est de la mode des mots comme de celle des choses. Le dynamisme apparaît parmi d'autres comme un des grands slogans du Logos de ces dernières années. Il n'est cependant pas très nouveau, puisqu'Aristote en parlait déjà en l'an 300 avant J.-C. Cette épithète avait perdu un peu de sa renommée car, en allant au fond des choses, elle signifie tout ce qu'on veut lui faire dire. La psychiatrie l'a adoptée avec une telle frénésie qu'on la rencontre présentement dans tant d'ouvrages traitant de notre spécialité qu'on a quelque peine à se retrouver dans ce tourbillon de forces. Bergson discutait de l'énergie spirituelle, qui aujourd'hui prédomine l'énergie psycho-organo-dynamique. Je me soumets donc à la mode du jour tout en remarquant que dans le terme biodynamie apparaît un bizarre pléonasme.

Ainsi, J. Masserman étudie les notions dynamiques du comportement (notions psychologiques, notions psychanalytiques, dynamique de l'adaptation, dynamismes neurogènes, dynamismes psychotiques). L'auteur tient à nous faire remarquer que la psychiatrie est une science du comportement, on s'en doute un peu.

Dans une deuxième partie, J. Masserman nous parle de biodynamique du comportement normal et pathologique. Sa théorie est à base essentiellement psychanalytique. Cependant, comme toujours dans de tels exposés, les apports cliniques concernent surtout les névroses et les comportements symboliques. On le suit moins bien lorsqu'il se hasarde sur le terrain des psychoses vraies, telle la psychose gravidique. D'ailleurs, il le fait avec beaucoup de prudence et de brièveté. Toute aussi brève est sa critique de la théorie biodynamique du comportement. Elle aurait bénéficié, me semble-t-il, à être plus développée et approfondie.

Le dernier tiers de cet ouvrage se présente sous forme « d'appendices », où l'on retrouve principalement la liste « des histoires de cas et d'expériences ».

Je persiste à croire que la psychiatrie englobe autant sinon plus les psychoses que les névroses et, qu'entre les deux, existe une grande dissemblance « dynamique ». Ce n'est que dans quelques cas très limités que peut exister une zone de passage ou d'association entre les deux. Certes, on peut devenir par exemple alcoolique de par un comportement névrotique de base, mais les conséquences psychiatriques tardives du toxique relèvent de la neurophysiologie avec naturellement l'association des composantes classiques du terrain caractériel habituel.

L'avenir nous révélera la réelle et durable action thérapeutique de ces théories incontestablement pleines d'intérêt mais encore tâtonnantes et évolutives.

Paul Abély.

Réflexion sur les schizophrénies traitées par l'insuline, par Chantal Rivaille-Bonvalot. (*Thèse pour le doctorat en médecine,* Paris, 1957. Un volume dactylographié de 289 pages).

Mme Rivaille, après avoir apporté un nombre considérable d'observations classées en : schizophrénies infantiles jusqu'à 12 ans, en schizophrénies juvéniles jusqu'à 20 ans, enfin en schizophrénies d'adultes (chacune s'affirme

quant au diagnostic, et d'après l'auteur, par les signes dissociatifs et le syndrome d'automatisme mental). Mme Rivaille étudie dans une première partie les résultats globaux de la thérapeutique par la cure de Sakel, à savoir : deux guérisons totales (encore que chez une un apport puerpéral rend le diagnostic hésitant) ; douze ont été très améliorés avec seulement quelques séquelles névrotiques ; vingt-cinq autres sont améliorés, mais avec une adaptation sociale fragile et incomplète. Chez les vingt-cinq derniers, l'insuline n'a eu qu'une action transitoire de quelques mois.

Dans un deuxième chapitre, Mme Rivaille envisage le problème des rechutes (avec en général une identité des symptômes initiaux antérieurs).

Dans un troisième chapitre, elle discute des modalités du traitement et de leur incidence sur les résultats (traitement précoce, nombre de comas, doses).

Dans une deuxième partie, l'auteur analyse les modifications cliniques créées par l'insuline des symptômes (sur la dissociation et ses équivalents, sur les idées d'influence, sur les symptômes qu'elle nomme non spécifiques).

Dans une troisième partie, Mme Rivaille tente de bâtir une synthèse de ces résultats et elle aboutit aux conclusions suivantes : « Quel est le mécanisme d'action de l'insuline ? Comme nous l'avons vu symptôme par symptôme, elle n'a pas une action spécifique. Aucun trouble, sous son influence, ne disparaît définitivement. Même dans les très grandes améliorations, la maladie est toujours là, prête à reparaître.

Au cours des rechutes, nous voyons revenir les mêmes symptômes qu'au début. Le tableau clinique est le même, avec quelques modifications quantitatives.

La constance des thèmes délirants, des nuances cliniques, la permanence des signes dissociatifs, la réapparition de petits signes, même accessoires comme le parasitisme mimique de certaines bizarreries, tient à notre avis, non seulement d'une constance de ces éléments, mais de l'existence d'une sorte de stéréotypie dans le génie même de la maladie chez un même individu, qui nous ont paru frappantes.

Quand les malades sont guéris ou fixés, ils gardent néanmoins des séquelles qui sont une image atténuée du tableau clinique donné par les troubles essentiels.

Jamais on ne peut affirmer un malade guéri définitivement : il garde toujours la potentialité morbide, fût-elle atténuée, et un accès peut, au moindre déséquilibre, réapparaître.

Enfin, l'analyse minutieuse des antécédents montre que le terrain sur lequel se déclenchent les troubles est rarement net de toute atteinte schizophrénique. Nous voyons depuis très longtemps, surtout chez les jeunes gens, des troubles du comportement, des éléments bizarres, une tendance à la rêverie ou au mutisme.

Quelles sont les caractéristiques du traitement insulinique appliqué aux schizophrénies précoces ? Plus le début des troubles se situe tôt, moins l'insuline agit, en vertu des lois de maturation et de massivité de Clérambault. La dissociation ne désorganise pas ce qui est organisé ; dans la schizophrénie infantile, elle empêche toute organisation de se faire. C'est ce qui explique que le traitement insulinique n'agisse pas avant que les enfants n'aient une dizaine d'années (et encore) ; sans doute, serait-il plus exact de parler de la période de la puberté.

Quels sont donc les effets de l'insuline ?

Ces vues pessimistes pourraient faire croire que son action est inutile. En fait, c'est un traitement précieux. Il apporte, après une période d'exaltation et de libération, où tombent les réticences de ce mutisme, une sédation qui rend possible une réadaptation, une réorganisation, un réassemblage de la personne. Par son action sur l'anxiété, sur la conscience morbide, il calme, supprime les symptômes parasites ; la reprise des contacts sociaux devient possible, l'accès de la psychothérapie et des médications adjuvantes est favorisé.

Elle diminue les durées d'hospitalisation, les périodes d'agitation incohérente. Elle permet la reprise, serait-elle partielle et temporaire, d'activité professionnelle, soulage la vie de ces malades et celle de leur famille.

Sur la schizophrénie, que nous apprend l'insuline ? Qu'elle est d'autant plus redoutable qu'elle est plus précoce, certes, mais surtout que son élément essentiel est la dissociation ; le nœud de ce trouble, dont à vrai dire nous ne savons que peu de choses, est une discordance intérieure et extérieure.

D'autre part, elle apprend que la schizophrénie est « une ». Elle semble se poursuivre toute la vie d'un même individu et les mêmes agressions donnent toujours les mêmes réponses. »

Paul Abély.

Contribution à l'étude des conditions d'assistance des vieillards ; le cas des vieillards « difficiles », par Micheline Bonvalet-Achard. (*Thèse de doctorat en médecine*, Marseille, 1957. Un volume dactylographié de 112 pages).

C'est là un problème aigu d'actualité à une époque où l'on se préoccupe très justement d'adapter l'assistance psychiatrique aux données hospitalières et thérapeutiques modernes. L'auteur y consacre une étude très approfondie et nous croyons utile de reproduire intégralement les passages principaux de ses conclusions :

L'hôpital gériatrique, préconisé par les hygiénistes, pourrait seul traiter dans des conditions convenables les affections somatiques et les troubles mentaux rapidement curables. L'observation effectuée dans de bonnes conditions permettrait l'estimation du degré réel de détérioration et des capacités résiduelles d'adaptation, et une répartition judicieuse dans les organismes de soins et d'assistance correspondants. Ceux-ci, fonctionnant en liaison avec l'hôpital gériatrique, devraient correspondre à trois niveaux d'adaptation :

1) Etablissements pour vieillards capables d'une autonomie et dont l'organisation permettrait de respecter l'individualité de chacun : style, village, chambres individuelles avec mobilier personnel, petits ménages. La prophylaxie s'y exercerait par des consultations psychiatriques.

2) Etablissements fonctionnant sous surveillance psychiatrique et recevant les états démentiels à forme calme et apathique.

3) Services de psychiatrie gériatrique, régis par la loi de 1838, recevant les états confusionnels, les psychoses délirantes, les mélancolies séniles, les démences agitées, les troubles caractériels graves, et constituant une unité de soin à l'hôpital psychiatrique ou un service fermé, à direction psychiatrique, annexé à l'hôpital gériatrique, où le vieillard sera replacé dès que l'internement ne sera plus nécessaire.

La situation juridique des vieillards assistés devrait être réformée dans

le sens d'une plus large protection. Dans la pratique, le souci de la protection des biens et du bénéfice de l'article 39 (possibilité de demander l'annulation des actes) n'intervient généralement pas dans les considérations qui motivent la demande d'internement et pourrait même parfois jouer en sens inverse, justement dans le cas où la protection serait nécessaire — et un très grand nombre de vieillards déficients, hospitalisés ou non, sont privés d'une protection dont ils auraient besoin. Cette question devrait être résolue dans le cadre d'une législation prévoyant la protection tutélaire de tous les déficients mentaux que des motifs médico-sociaux éloignent du bénéfice de la loi de 1838.

Il est nécessaire que soit créée une véritable assistance gériatrique capable de faire face aux exigences de cette spécialité, au sein de laquelle la psychiatrie gériatrique doit avoir une large place. Mais l'assistance aux vieillards déficients n'appartient pas qu'à la psychiatrie et ne relève pas uniquement de l'internement même sous forme de déplacement volontaire. Il est à craindre que les dispositions — par ailleurs louables — tendant à créer à l'hôpital psychiatrique des services de psychiatrie gériatrique ne fassent que perpétuer et développer d'anciens abus, si d'autres formations d'assistance, ouvertes à la discipline psychiatrique, ne viennent limiter leur utilisation en exerçant une prophylaxie qui doit supprimer la catégorie artificiellement créée des vieillards « difficiles ».

Paul Abély.

De la violation de la sépulture à la nécrophilie, par Pierre Bonvallet. *Thèse de doctorat en médecine,* Marseille, 1957. Un vol. dactylographié de 80 pages).

La première partie expose une observation très détaillée et très complète d'un cas de violation de sépulture accomplie par un psychopathe aigu, qui fut ensuite interné à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu. C'est en partant de ce cas que l'auteur étudie des cas semblables antérieurement publiés, en le comparant au sien. P. Bonvallet émet diverses considérations médico-légales et tente une explication du comportement des nécrophiles. Nous ne pouvons que reproduire intégralement ses conclusions :

« 1) Nous avons eu l'occasion d'observer un sujet qui s'était livré à une violation de sépulture, sous l'influence d'idées délirantes que nous étudions.

2) L'observation détaillée de notre malade montre qu'il a présenté une psychose délirante aiguë.

3) Nous rappelons les définitions admises par les auteurs ayant étudié le « vampirisme », la « nécrophilie », le « nécrosadisme » et la « nécrophagie ». Nous proposons de conserver le terme général de « nécromanie » pour désigner tous les actes accomplis par des psychopathes ou des névrosés sur des morts.

4) Nous rappelons les cas antérieurement publiés, allant de la violation de sépulture à la nécrophilie. Leur interprétation montre que si la nécrophilie tient une grande place dans la nécromanie, les cas de nécrophilie pure sont exceptionnels.

La notion de tendances nécrophiliques nous paraît très importante.

5) Rapproché des cas antérieurement publiés, le cas de notre malade montre qu'il peut exister des états intermédiaires entre les différents faits ren-

trant dans la nécromanie. L'existence de tendances nécrophiliques, présentes dans de nombreux cas où l'origine sexuelle n'est cependant pas évidente, explique la possibilité de ces transitions.

6) Nous nous livrons à une tentative d'explication du comportement des nécrophiles à la lumière des théories psychologiques modernes. La psychanalyse rend compte de l'origine et du développement de la déviation sexuelle, qui conduit le sujet à la nécrophilie plutôt qu'à une autre perversion. Elle explique aussi, en insistant sur la motivation sexuelle, à première vue inapparente, pourquoi certains actes de nécromanie s'apparentent à la nécrophilie.

7) Les conséquences médico-légales découlant de cette étude sont évoquées, ainsi que l'épilogue de deux affaires célèbres. En médecine légale psychiatrique, le terme de nécromanie nous paraît spécialement utile. »

Paul Abély.

Processus perceptifs et affections mentales (Perceptual processes and mental illness), par H. J. Eysenck, G. W. Granger et J. C. Brengelmann. (Un vol. 144 pages, Chapman and Hall, édit., Londres, 1957).

L'ouvrage représente un rapport de recherches sur la valeur des tests perceptifs pour discriminer les malades névrotiques ou psychotiques « en puissance » (potential). L'auteur discute d'abord l'intérêt relatif des divers tests d'intelligence au point de vue de ce problème, et explique les raisons de son choix de certains tests perceptifs. En fait, l'originalité des travaux exposés semble consister dans la tentative d'établir des corrélations entre une large variété de tests et les catégories principales de la clinique psychiatrique.

La méthode employée présente certains points particuliers. Le recrutement des sujets est fait, pour le groupe normal, parmi des cas atypiques ou « limites », où l'inadaptation sociale est de règle. Au contraire, le groupe pathologique comporte les malades les plus proches de l'état normal, de façon que la valeur diagnostique et pronostique des tests apparaisse ostensiblement.

Les résultats sont considérés par l'auteur comme très significatifs. Des différences notables ont été enregistrées entre le groupe normal et le groupe pathologique par des tests relativement simples (vision nocturne, acuité visuelle, accommodation, vision binoculaire, vision colorée). Par des tests plus complexes, on obtient également de très sensibles différences (tests de forme-couleur, illusions visuelles, durée des post-images, effets des verres prismatiques sur la coordination oculo-manuelle, effets de l'exposition tachystoscopique sur la reconnaissance des objets, perception de la troisième dimension).

Un autre résultat de ce travail a été la comparaison de la valeur discriminative de ces tests perceptifs à celle de tests non-perceptifs bien validés. Certains tests de personnalité paraissent à cet égard d'un intérêt comparable à celui des tests perceptifs. Par ailleurs, les épreuves physiologiques et psycho-physiologiques banales ne révèlent aucune discrimination valable entre le groupe normal et le groupe pathologique. Par contre, un test évaluant la « rapidité du fonctionnement mental » donne des résultats en corrélation significative avec ceux des tests perceptifs.

Finalement, l'auteur déplore le manque de clarté et de concordance des diverses catégories nosographiques psychiatriques et espère le développement prochain de « modèles théoriques des diverses anomalies mentales » qui expliqueraient les faits empiriquement constatés par la psychométrie.

En concluant, il insiste également sur l'intérêt pratique de sa méthode diagnostique, tant pour les psychiatres et psychologues que pour les conseillers industriels, les éducateurs, les orientateurs professionnels et d'autres professions intéressées par le dépistage d'une inadaptation potentielle (potential maladjustment).

R. Ropert.

Introduction à la sociologie du vagabondage, par Alexandre Vexliard. (Marcel Rivière, édit., Paris, 244 pages).

Dans ce petit volume d'une rare densité et de lecture attrayante, l'auteur, déjà connu pour ses études du « clochard », étend ses investigations sur les causes sociales du vagabondage sous toutes ses formes et dans tous les temps.

Nourri d'immenses lectures, dont une partie seulement est réunie dans une bibliographie riche et originale, il brosse un tableau pittoresque et très émouvant de la vie de ceux que les guerres de conquêtes, les haines idéologiques, les transformations de l'économie ont mis au ban de la société Il explique comment se sont formés ces groupes, ces clans forcés d'errer, sans autre moyen de subsister que la rapine et la charité, qu'ils s'entendaient souvent à exploiter fructueusement.

Pour l'auteur, c'est l'établissement de la propriété, qui, en développant l'égoïsme des possédants, a contraint les déshérités au vagabondage, qui devient ainsi la conséquence du paupérisme. Peut-être a-t-il un peu trop négligé la force de l'instinct migratoire qui sommeille au cœur de tant d'hommes et de peuples. L'auteur s'étend longuement sur les innombrables lois pénales, que la société a essayé d'opposer à l'agressivité des vagabonds, et il en montre l'habituelle inefficacité.

Au contraire, il voit, dans le développement toujours plus grand des lois sociales, qui protègent le faible et l'infirme contre les méfaits de la maladie, des accidents, du chômage, le seul moyen d'arriver à l'extinction du vagabondage.

Nul ne saurait nier le bien-fondé de ces conclusions. On peut cependant ne pas souscrire entièrement à l'optimisme de l'auteur, qui a placé l'ère douloureuse du vagabondage entre deux âges d'or.

Sur la vie sociale de l'antiquité classique, qu'il juge bien sévèrement, nous n'avons que des témoignages fragmentaires. Quant à l'avenir, si nous le considérons comme devant tenir les promesses du présent, il sera l'âge des moyens de déplacements toujours plus rapides et plus onéreux. Cela risque fort de renverser les rôles. Les vagabonds seront les puissants, les favorisés du régime. Les faibles, les déshérités, seront contraints à la résidence forcée, à la stabulation.

L. Fromenty.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le test de Rorschach dans un groupe de 35 sujets atteints de psychonévrose neurasthénico-hypocondriaque (Il test di Rorschach in un gruppo di 35 soggetti affetti da psiconevrosi neurastenico-ipocondriaca), par Gaspare VELLA (de Rome). (*Medicina Psicosomatica,* Rome, vol. 1, n° 4, octobre-décembre 1956, p. 270-277).

Un groupe de 35 sujets atteints de psychonévrose neurasthénico-hypocondriaque a été soumis au test de Rorschach. Les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence des signes nets de psychonévrose, mais ils n'ont pas confirmé l'homogénéité clinique du groupe. Dans l'ensemble, la préoccupation hypocondriaque oscille entre l'état d'alarme de Bini et l'Einbildung de Jahrreis.

V.-J. DURAND.

La médecine psychosomatique et le concept de maladie (La medicina psicosomatica ed il concetto di malattia), par G. A. LINDEBOOM (d'Amsterdam). (*Medicina Psicosomatica,* Rome, vol. 1, n° 3, juillet-septembre 1956, p. 195-199).

La médecine psychosomatique est en train de changer la conception générale de la maladie. Mais on ne devrait pas parler de « conception psychosomatique de la maladie ». La pluralité des causes et des conditions, souvent négligée en psychosomatique, sont les fondements réels de la maladie. La médecine suppose d'abord une attitude anthropologique, mais une conception anthropologique de la maladie ne doit pas être employée indifféremment par la médecine. Cette conception anthropologique ne doit pas aboutir à une nouvelle systématique de la maladie. Elle doit, au contraire, rester complémentaire d'autres conceptions.

V.-J. DURAND.

Quelques aspects psychiatriques de la colite ulcéreuse chronique (Alcuni aspetti psichiatrici della colite ulcerosa cronica), par Bernard C. MEYER (de New-York). (*Medicina Psicosomatica,* Rome, vol. 1, n° 2, avril-juin 1956, p. 116-129).

Il faut distinguer les phénomènes mentaux réactionnels à une colite en cours d'évolution de ceux observés parfois avant l'apparition ou après la terminaison de la maladie. Certains sujets prédisposés ont des reprises de la maladie à la suite d'un événement marquant de leur vie émotive. On peut soupçonner souvent un processus psychotique sous-jacent, vis-à-vis duquel la maladie joue le rôle de barrière défensive. L'emploi du test de Rorschach, ainsi que de nombreuses observations cliniques, peuvent mon-

trer la concomitance, chez un même malade, de symptômes psychotiques et colitiques. Le traitement psychiatrique qui tend à provoquer la libération du matériel psychique profondément inconscient est dangereux. Il risque de produire des troubles psychotiques. La meilleure psychothérapie consiste à créer un courant de vive sympathie entre le malade et le médecin interniste sans avoir recours au psychiatre. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Formulation doctrinale d'un possible mécanisme de transmission familiale des névroses (Formulazione dottrinale di un possibile meccanismo di trasmissione familiare delle nevrosi), par Adolfo F. Dosal et José L. Del Pinal (de Santander). (*Medicina Psicosomatica,* Rome, vol. 1, n° 2, avril-juin 1956, p. 130-137).

Dans le cadre de l'influence certaine exercée par les facteurs constitutionnels héréditaires sur la pathogénie des névroses, il faut étudier plus spécialement la contagion ou transmission familiale. La phase la plus délicate de la vie humaine n'est pas l'enfance, mais l'adolescence. L'individu commence alors à entrevoir et à découvrir l'existence et l'essence de son moi. Le caractère se modèle. La structure psychique est à ce moment tellement malléable que toute expérience laisse une trace indélébile. L'expérimentation chez l'animal montre l'évolution instinctuelle anormale de sujets élevés à l'écart d'autres animaux de leur propre race. Si, au cours de la phase pubérale de grande sensibilité, un adolescent est obligé de vivre avec des parents névrotiques, sa personnalité pourra acquérir probablement une prédisposition aux mêmes formes névrotiques. Un exemple de contagion familiale est rapporté.

V.-J. Durand.

Transpositions dans le transfert des schizophrènes (Trasposizioni nel transfert degli schizofrenici), par Gaetano Roi (de Padoue). (*Medicina Psicosomatica,* Rome, vol. 1, n° 3, juillet-septembre 1956, p. 217-222).

L'auteur fait observer que le schizophrène protège le transfert psychothérapeutique par la projection des aspects négatifs du transfert et la transposition des réactions agressives sur les autres objets réels ou imaginaires. Après quelques remarques sur les phénomènes semblables décrits en psychopathologie générale, il évoque les modalités d'un tel comportement chez les schizophrènes. Les transpositions qui expriment des attitudes négatives doivent être interprétées, pour montrer que l'on comprend les efforts du malade.

V.-J. Durand.

Genèse psychosomatique et traitement de l'ulcère peptique (Genesi psicosomatica e trattamento dell'ulcera peptica), par Angel Garma (de Buenos-Aires). (*Medicina Psicosomatica,* Rome, vol. 1, n° 3, juillet-septembre 1956, p. 181-188).

L'auteur expose sa conception personnelle sur la pathogénie psychosomatique de l'ulcère peptique. Rappelant les théories les plus connues sur

les rapports psychogastriques et la génèse de l'ulcère, il montre que, pour lui, intervient au premier plan un mécanisme d'introjection. Il y a à la base de l'ulcère peptique l'intervention d'une mère mal intériorisée, qui agit agressivement sur un sujet atteint de régression orale et digestive. Des conséquences thérapeutiques importantes sont entraînées par cette conception.

V.-J. Durand.

Les tests psychologiques dans la pratique médicale (I tests psicologici nella pratica medica), par Eric Stern (de Paris). (*Medicina Psicosomatica*, Rome, vol. 1, 404, octobre-décembre 1956, p. 253-264).

L'examen clinique d'un malade ne peut plus désormais être considéré comme complet si on a négligé une étude approfondie de la personnalité. Cela n'est réalisable que grâce à une application judicieuse des tests psychologiques que l'auteur évoque rapidement. En médecine psychosomatique, les tests ont une importance scientifique, car ils contiennent la solution du problème actuel de la spécificité ou de la non-spécificité du type de personnalité et du symptôme. Ils ont également une importance pratique car, en psychopathologie, le diagnostic ne précède pas toujours la thérapeutique, se confondant plutôt avec elle. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le test de Rorschach dans les psychoses organiques (Il test di Rorchach nelle psicosi organiche), par J. Delay, P. Pichot, T. Lempérière et J. Perse (de Paris). (*Medicina Psicosomatica*, Rome, vol. 1, n° 4, octobre-décembre 1956, p. 265-269).

Les auteurs décrivent les caractéristiques du psychosyndrome organique du Rorschach d'après les travaux de Piotrowski. Ils admettent la valeur du test de Rorschach pour les diagnostics de siège et de nature des lésions organiques du cerveau et conseillent son emploi dans la pratique neurologique.

V.-J. Durand.

Le syndrome général d'adataption dans ses rapports avec l'hygiène mentale (La sindrome generale di adattamento nei suoi rapporti con l'igiene mentale), par Hans Selye (de Montréal). (*Medicina Psicosomatica*, Rome, vol. 1, n° 2, avril-juin 1956, p. 101-109).

Les stimulations émotives et les conditions de stress s'influencent mutuellement en créant des rapports réciproques d'indépendance. C'est pourquoi le syndrome général d'adaptation intéresse de près les psychopathologistes. Comme ces derniers se trouveraient sur un terrain incertain pour une étude purement somatique, l'auteur présente les éléments essentiels de la théorie du stress. Il rappelle les conceptions fondamentales en matière de réaction uniforme hypophysaire et cortico-surrénale, à des agents stressants divers et non spécifiques. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les aspects psychologiques de la thyréotoxicose (Gli aspetti psicologici della tireotossicosi), par Eric D. Wittkower (de Montréal). (*Medicina Psicosomatica,* Rome, vol. 1, n° 2, avril-juin 1956, p. 110-115).

L'auteur rappelle les cas de situations psychiques cristallisées à la suite d'une thyréotoxicose, donnant sa formule personnelle de la psycho-dynamique de l'hyperthyroïdie. Derrière une façade intensément active, avec auto-suffisance et indépendance, les malades dissimulent un profond besoin d'affection maternelle. La thyréotoxicose peut se produire chaque fois que cette façade s'écroule et que les défenses psychologiques capitulent. Pour les cas les plus graves, il faut conseiller l'hospitalisation avec traitement médical. La psychothérapie ne peut constituer l'unique traitement. Elle doit s'associer à d'autres méthodes et se montre particulièrement utile chez les sujets qui, avant la maladie, avaient présenté des signes de déséquilibre émotif chronique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'influence de notre temps sur les maladies psychosomatiques (L'influenza del nostro tempo sulle malattie psicosomatiche), par H. Hoff et E. Ringel (de Vienne). (*Medicina Psicosomatica,* Rome, vol. 1, n° 3, juillet-septembre 1956, p. 189-194).

Les maladies psychosomtiques sont actuellement en augmentation. L'examen des rapports entre les facteurs étiologiques généraux des maladies psychosomatiques et les principaux changements de notre époque montre surtout l'importance de trois facteurs : la névrotisation à un stade plus primitif de développement de la personnalité, l'augmentation de l'agressivité inconsciente avec accroissement contemporain de l'inhibition des tendances agressives, enfin la dévaluation partielle des symptômes hystériques. Le mode de vie des malades atteints d'affections psychosomatiques est presque toujours lié à des événements psychodynamiques intérieurs et non à des situations externes. L'augmentation des maladies psychosomatiques est seulement un indice partiel de la tendance autoagressive et autopunitive profondément enracinée dans l'humanité d'aujourd'hui.

V.-J. Durand.

Sur les cénestopathies et sur les cénestopathes de Dupré et Camus (Sulle cenestopatie e sui cenestopatici di Dupré e Camus), par Carlo Ferrari et Mario Petromilli (de Pesaro). (*Note e Riviste di Psichiatria,* 50e année, fasc. 1, janvier-mars 1957, p. 125-146).

Les auteurs étudient le problème de la cénesthésie et des cénestopathies en évoquant particulièrement les travaux de Dupré et Camus. Ils pensent pouvoir, avec les partisans des conceptions phénoménologiques, interpréter la cénesthésie comme une manière de vivre des perceptions protopathiques à référence somatique globale. Ces perceptions s'intègrent dans les deux situations fondamentales de bien-être et de malaise. Après avoir remarqué que les cénestopathies ont le caractère de perceptions épicritiques, plus ou moins complexes (comme les dysgnosies corporelles et les expériences de dépersonnalisation), les auteurs passent en revue ces cénestopathies comme éléments symptomatiques de différents états morbides, soit névrotiques, soit

psychotiques, soit somatiques. Il semble possible d'admettre que le cénestopathe de Dupré et Camus est à considérer comme un sujet hypocondriaque pantophobique, n'ayant pas des caractères cliniques autonomes. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Clinique et thérapeutique des constitutions (Clinica y terapeutica de las constituciones), par Fernando Gorriti (de Buenos-Aires). (*Revista de la Asosiación Médica Argentina*, t. 69, n° 807-808, novembre 1955).

Si le traitement des constitutions peut paraître, à première vue, voué à l'échec, il faut savoir, cependant, que certaines prescriptions sont susceptibles de se montrer utiles. C'est ainsi qu'on peut parvenir à une amélioration par une thérapeutique médicamenteuse (surtout à action tissulaire), par la psychothérapie ou la psychanalyse, par une alimentation convenable (certains aliments très simples ayant une action correctrice sur certains traits constitutionnels), enfin par une bonne hygiène psycho-corporelle.

V.-J. Durand.

Sur l'importance du facteur angiocardiopathique dans le syndrome de Cotard et Falret (Sull'importanza del fattore angiocardiopatia nella sindrome di Cotard e Falret), par Cesare Mattioli-Foggia (de Pistoïe). (*Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*, vol. 78, 1957, tirage à part de 12 pages).

A l'aide de l'étude de la littérature et d'un cas clinique, l'auteur montre que, dans l'apparition du syndrome de Cotard et Falret, peut intervenir un facteur angiocardiopathique. Il faut penser à l'association d'une prédisposition individuelle et d'une perturbation fonctionnelle des vaisseaux et du cœur. Au point de vue thérapeutique, ces mécanismes expliquent l'efficacité de l'électro-choc dans certains cas, celle des infiltrations novocaïniques péricarotidiennes dans d'autres. Deux planches anatomiques en hors-texte. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Microsymptômes psychiques dans l'asthénie nerveuse (Microsimptome psihice in astenia nervoasa), par Chivu Lichtu et I. Vernea. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie*, Bucarest, 1re année, n° 2, septembre-octobre 1956, p. 74-77).

Les auteurs montrent des microsymptômes psychiques trouvés, tant à la phase prodromique qu'à la période d'état de l'asthénie nerveuse. Parmi ces symptômes psychiques, le caractère asthénique est important. Il faut le distinguer de celui de l'asthénie dysthymique, qui intéresse beaucoup plus les réflexes inconditionnels et neuro-végétatfs. Les préoccupations intellectuelles, le comportement dans l'intimité et en collectivité, les comportements alimentaires, social, individuel, sont examinés. Les auteurs soutiennent la séparation de l'asthénie nerveuse, maladie des autres syndromes asthéniques prémonitoires, concomitants ou secondaires à diverses affections somatiques.

V.-J. Durand.

Une toxicomanie rare : la Kélénomanie (Toxicomanie rară : Kelenomanie) par C. Vasiliu et N. Neicu. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 2, septembre-octobre 1956, p. 85-87).

Les auteurs décrivent une observation d'une toxicomanie rare, par inhalation de kélène. La symptomatologie de la première phase d'intoxication ou ivresse kélénique, comprend une sensation de bonheur, de satisfaction, et une forte excitation cérébrale. L'excitation psycho-motrice ressemble à celle de l éthéromanie. Il n'y manque pas l'érotisme imaginaire et sensoriel, rencontré aussi dans d'autres variétés d'intoxication.

V.-J. Durand.

Les fièvres neurogènes (Febrele neurogene), par Tiberiu Vlad. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 1, juillet-août 1956, p. 90-93).

L'auteur étudie les fièvres neurogènes, c'est-à-dire les états fébriles apparaissant au cours de certaines psychoses et ayant la valeur d'un symptôme dans le tableau clinique de l'affection psychique. On peut penser que l'origine de ces hyperthermies doit être cherchée dans le trouble même de l'activité nerveuse supérieure, dans les conditions d'une réactivité spéciale, très vraisemblablement de nature structurale. La disparition de la fièvre neurogène après l'application de l'électro-choc ou après l'administration de chlorpromazine est en étroite liaison avec la rémission des symptômes psychiques. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Troubles psychiques consécutifs au traitement par la streptomycine (Tulburari psihice dupa tratamental cu streptomicina), par A. Dosios, C. Sonnenreich et Gh. Meiu. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 3, novembre 1956, p. 14-17).

A la suite d'un traitement par la streptomycine, prescrit pour des lésions bacillaires évolutives, apparaissent des complications à type de confusion mentale (un cas) et de catatonie (deux cas), ayant nécessité le placement à l'hôpital psychiatrique. L'interruption de l'administration de la streptomycine s'associant à la prescription d'une médication désintoxicante convenable, permit d'obtenir la guérison des symptômes psychiques.

V.-J. Durand.

A propos d'une conception asthénique dans l'étiopathogénie de la paranoïa (Cu privire la o conceptia astenica in etio-patogenia paranoici), par Octav Maller. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 3, novembre 1956, p. 8-14).

L'élément essentiel dans le déterminisme de la paranoïa est constitué par l'asthénie du système nerveux et principalement du cortex cérébral. Il est possible que cette asthénie soit le résultat de différentes influences externes de type infectieux, toxique, traumatique ou psychogène agissant en même temps que les insuffisances endocriniennes. Normalement, une écorce céré-

brale saine réussit à corriger rapidement les interprétations à caractère égocentrique qui pourraient se produire de cette manière. Une écorce cérébrale affaiblie est caractérisée par une insuffisance des éléments nerveux, une diminution du processus d'inhibition. La suppression de l'excitation psychogène est rendue beaucoup plus difficile. Il en résulte une dominance pathologique avec élaboration d'un réflexe conditionnél ou d un stéréotype dynamique de tous les excitants qui ont coïncidé avec l'excitant traumatogène initial. La conséquence de cette structuration nouvelle, c'est tout d'abord l'idée dominante, c'est ensuite l'évolution délirante du foyer de stase, c'est la production d'une zone d'inhibition périfocale qui empêche de nouvelles connexions temporaires, correctrices du stéréotype dynamique pathologique. Ceci explique le caractère incorrigible du délire. Enfin, il y a conditionnement de toute une série d'excitants simultanés avec l'agent traumatogène, ce qui conduit finalement à un processus d irradiation élective, ayant comme résultat une extension de la valeur traumatogène à toute une catégorie d'excitants appropriés ou similaires.

V.-J. Durand.

Note concernant la classification clinico-pathogénique des troubles psychiques post-traumatiques (Notă cu privire la o clasificare clinico-patogenica a tulburarilor psihice post traumatice), par O. Maller et G. Constantinescu. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 4, décembre 1956, p. 62-65).

On peut diviser les troubles psychiques post-traumatiques selon des critères clinico-pathogéniques. Les auteurs distinguent des états confusionnels, des syndromes en foyer, des psychoses, des états réactionnels et psychogènes, des états-limites névropathiques et psychopathiques. Chacune de ces catégories est définie par ses aspects psychopathologiques et par le mécanisme physiopathologique qui constitue le fondement de la dynamique cérébrale. L'avantage de cette classification consiste, d'abord, dans l'affirmation d'une étiologie exogène des troubles psychiques, ensuite, dans la mise en évidence de la dynamique cortico-sous-corticale dans la pathogénie de divers symptômes et syndromes observés en clinique après les traumatismes cranio-cérébraux.

V.-J. Durand.

Du mécanisme physiopathologique des fausses reconnaissances (Asupra mecanismului fiziopatologic ol falselor recunoasteri), par Tiberiu Viad. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 4, décembre 1956, p. 65-69).

L'auteur avait déjà signalé antérieurement, dans quelques cas, l'apparition de certaines fausses reconnaissances et parfois du phénomène du déjà vu après un traitement à l'électro-choc. Considérant que de tels phénomènes apparus après des électro-convulsions peuvent constituer des éléments nouveaux dans l'interprétation du mécanisme général de production des fausses reconnaissances, l'auteur expose une série de cas présentant des manifestations variées. Chez un malade, les fausses reconnaissances apparues comme une conséquence des électro-chocs ont disparu au cours du traitement, paral-

lèlement à la baisse du tonus affectif. Dans la genèse des fausses reconnaissances, l'affectivité paraît jouer un rôle très important. Pourtant, les troubles de l'affectivité ne peuvent pas réaliser à eux seuls ce phénomène pathologique. Il leur faut pour cela un fondement de troubles plus profonds de l'activité nerveuse supérieure (perturbations de la mémoire, de la conscience, essentiellement).

V.-J. Durand.

Le problème de la coexistence de deux états délirants d'origine et de nature différentes chez le même malade. Essai de représentation graphique de l'évolution des processus psychopathologiques, par J. Flament (de Bruxelles). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 56, fasc. 10, octobre 1956, p. 692-719).

Une étude est faite des problèmes théoriques posés par la coexistence chez le même malade de deux états délirants de nature et d'origine différentes. A titre d'exemple, est envisagé un cas associant une psychose délirante chronique de structure paranoïaque et un delirium tremens de sevrage barbiturique. L'auteur analyse les travaux de Magnan et son école d'inspiration mécaniciste, avec nosologie des entités morbides, aboutissant à une impossibilité de la description et de l'explication des phénomènes psychopathologiques dans leur réalité objective. Il évoque ensuite les courants de la psychiatrie dynamiste, s'attachant tout particulièrement aux conceptions de Jackson et de Ey. Elles permettent une meilleure représentation et une plus facile explication des phénomènes morbides. Une conception d'inspiration jacksonienne pourrait autoriser une traduction graphique des processus psychopathologiques, par une courbe destinée à fixer l'évolution clinique. Une figure. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les deux Rorschach d'un parricide. Contribution à l'étude de l'état dangereux, par J.-P. de Waele (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 57, fasc. 3, mars 1957, p. 222-259, et vol. 57, fasc. 4, avril 1957, p. 263-302).

L'auteur envisage le problème criminologique de l'état dangereux en se basant sur l'étude détaillée d'un cas de parricide. Le sujet avait été déjà observé au cours d'une hospitalisation avant le crime, soumis à une psychothérapie de soutien et à des tentatives de réadaptation sociale. Un test de Rorschach avait été pratiqué. Après le crime, le sujet fut à nouveau examiné avec pratique du test de Rorschach. L'analyse clinique montre que l'impossibilité de prévoir le crime vient : de la nature même de la personnalité de l'intéressé, d'un concours spécial de circonstances, de l'ambiguïté des symptômes notés à la fin de la phase précriminelle. L'étude comparative des deux tests de Rorschach, effectuée à divers points de vue et notamment à l'aide de la technique de Ch. Buhler et Lefever révèle une sensible amélioration. Au second test, comme les changements quantitatifs observés consistaient essentiellement en une diminution des signes négatifs du « Basic Rorschach Score », on peut penser qu'il s'est agi d'une abréaction émotionnelle accompagnant la réalisation du crime. D'autre part, les réponses « masques »

contenues dans les deux protocoles confirment l'interprétation proposée par R. Kuhn pour ce genre de réponses. L'intérêt de cette interpretation réside surtout dans le fait qu'elle est étroitement liée à l'imprévisibilité du comportement du sujet.

V.-J. Durand.

Données statistiques sur les maladies mentales en Belgique.

L'annuaire statistique de la santé publique pour l'année 1955, publié récemment par le ministère de la santé publique et de la famille de Belgique donne, entre autres renseignements, les indications suivantes sur les maladies mentales :

1) Nombre moyen des malades en traitement dans les établissements psychiatriques.

1954 : pensionnaires : hommes 750, femmes 1.213 ; indigents : hommes 10.525, femmes 12.443. Total général : 25.080.

2) Service ouvert seul : population totale au 31 décembre 1955 : 576.

3) Instituts pour enfants anormaux, sourds-muets, estropiés et aveugles :

Population en 1954 : pensionnaires anormaux psychiques : 297 ; indigents : 4.505 ; semi-indigents : 1.475 ; placés par le juge des enfants : 501. Total général : 6.778.

Population en 1955 : pensionnaires anormaux psychiques : 299 ; indigents : 4.716 ; semi-indigents : 1.566 ; placés par le juge des enfants : 468. Total général : 7.049.

4) Répartition des affections mentales chez les malades hospitalisés.

31 décembre 1953 : oligophrénie : 6.865 ; psychopathie : 738 ; psychonévrose : 540 ; psychose maniaque-dépressive : 2.363 ; confusion mentale aiguë : 500 ; intoxications (alcool, morphine, etc.) : 442 ; psychoses délirantes aiguës : 424 ; paranoïa (délire chronique d'interprétation, de revendication) : 1.601 ; psychose hallucinatoire chronique : 1.235 ; démence précoce : 6.426 ; psychose présénile : 263 ; épilepsie : 1.425 ; paralysie générale : 632 ; syphilis cérébrale : 25 ; démence sénile : 447 ; démence artérioscléreuse : 940 ; état post-encéphalitique : 159 ; troubles mentaux chroniques par infections diverses : 49 ; autres formes : 134 ; psychoses traumatiques : 24.

1954 : oligophrénie : 7.035 ; psychopathie : 768 ; psychonévrose : 577 ; psychose maniaque-dépressive : 2.358 ; confusion mentale aiguë : 552 ; intoxications (alcool, morphine, etc.) : 443 ; psychoses délirantes aiguës : 401 ; paranoïa (délire chronique d'interprétation, de revendication) : 1.612 ; psychose hallucinatoire chronique : 1.250 ; démence précoce : 6.445 ; psychose présénile : 279 ; épilepsie : 1.434 ; paralysie générale : 624 ; syphilis cérébrale : 23 ; démence sénile : 600 ; démence artérioscléreuse : 686 ; état post-encéphalitique : 163 ; troubles mentaux chroniques par infections diverses : 55 ; autres formes : 109 ; psychoses traumatiques : 26.

Ces chiffres sont donnés dans l'annuaire statistique de la santé publique, publié par le service des statistiques nosologiques du ministère de la santé publique et de la famille de Belgique.

V.-J. Durand.

Schizophrénie avec signes d'hypertélorisme (Schizofrenia con note d'ipertelorismo), par R. Capani (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico,* 11e année, vol. 20, fasc. 1, février 1957, p. 114-125).

L'auteur décrit un cas de schizophrénie chez un jeune homme de 17 ans avec, au début, des symptômes psychiques de type partiellement anancastique, et évoquant aussi la « sensitive Beziehungswahn » de Kretschmer. Il y avait, d'autre part, des malformations cranio-faciales rappelant l'hypertélorisme de Greig avec, au premier plan, l'augmentation de la distance entre les deux yeux. L'auteur montre l'intérêt de ce cas car, classiquement, le syndrome de Greig ne s'accompagne pas de perturbation psychotique de l'état mental. Cinq figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Découverte anatomo-histopathologique de sclérose tubereuse dans un cas de schizophrénie (Reperto anatomo-istopatologico di sclerosi in un caso di schizofrenia), par E. Benincasa-Stagni (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico,* 11e année, vol. 20, fasc. 1, février 1957, p. 79-95).

L'auteur décrit un cas de schizophrénie paranoïde chez une femme de 42 ans, morte de péritonite. L'autopsie fit découvrir une sclérose tubéreuse. L'intérêt de l'observation vient de ce que manquaient tous les signes cliniques de la maladie de Bourneville. Après avoir examiné la littérature relative à la question, l'auteur conclut que sa malade peut être classée parmi les schizophrénies symptomatiques. Il fait remarquer l'importance du lobe temporal dans la pathogénie de ces formes. Cinq figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Psychoses par aminés sympathico-mimétiques (Psicosi da amine simpaticomimetiche), par Isidoro Tolentino et Bruno d'Avossa (de Rome). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria,* 18e année, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 127-169).

Les auteurs montrent les effets psychologiques et pharmacologiques des amphétamines en rapportant les études expérimentales sur l'action toxique possible, ainsi que sur les altérations histopathologiques du cerveau. Puis, ils exposent les applications thérapeutiques, soulignant les dangers de ces médicaments dans certains cas. Ils considèrent les problèmes de l'abus, de la toxicomanie, du sevrage. Une étude détaillée est faite ensuite des psychoses provoquées par l'excès d'amphétamines. Une révision de la littérature est faite, puis neuf cas personnels sont rapportés : un de toxicomanie, une pseudo-psychose amphétaminique, une hallucinose aiguë, six délires chroniques hallucinatoires. Une discussion des observations diverses de la littérature et de ces observations personnelles permet de classer les psychoses amphétaminiques en : hallucinose toxique, psychose exogène avec excitation, réaction délirante avec hallucinations, délire hallucinatoire chronique. L'importance de la personnalité pré-morbide est mise en évidence. On y retrouve souvent l'insécurité, une disposition psychologique à la dépen-

dance, la passivité, terrain sur lequel les amphétamines agissent comme agent toxique, en activant des mécanismes psychiques anormaux provoquant la formation de délire et d'hallucinations, éléments centraux de ce type de psychose. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Le syndrome de Bardet-Biedl ou mieux de Horing-Bardet-Biedl (La sindrome di Berdet-Biedl o meglio di Höring-Bardet-Biedl), par Domenico Angrisani (de Naples). (*L'Ospedale Psichiatrico*, 24e année, fasc. 3, juillet-septembre 1956, p. 205-301).

L'auteur décrit un cas de syndrome de Bardet-Biedl ou mieux de Höring-Bardet-Biedl chez un homme de 29 ans, fils de parents consanguins. On retrouve dans l'anamnèse familiale quelques cas de tuberculose pulmonaire, tandis que manque tout signe net du syndrome chez les autres membres de la famille. Chez le malade, le tableau clinique est au complet. A propos de cette observation, l'auteur fait une révision très étendue de la question depuis les premières descriptions jusqu'à maintenant, examinant tous les travaux relatifs à l'affection en cause. De cette revue générale et de l'étude du cas actuel, il apparaît que le syndrome, affection à hérédité le plus souvent récessive, liée à un gène polyphénique, est le résultat d'une dysgénésie qui, accentuée surtout dans la zone diencéphalo-hypophysaire, s'étend à tout l'encéphale. Il s'agit d'un trouble de développement, apparu à une époque très précoce de la vie fœtale et qui varierait d'un cas à l'autre. De la plus ou moins grande précocité de l'atteinte cérébrale dépendrait la gravité du syndrome. Les formes à symptomatologie complète et à anamnèse familiale négative pourraient être rapportées à des mutations dont les causes seraient souvent à rechercher dans un fond de tuberculose familiale. Onze figures. Pas de bibliographie dans l'article, mais l'auteur indique qu'elle sera publiée dans les tirages à part.

V.-J. Durand.

Psychoses exogènes de cause chimique. Toxiphrénies (Psicosis exogenas de causa quimica. Toxifrenias), par J. Solé-Sagarra (de Barcelone). (*Archivos de Criminologia, Neuro-Psiquiatria y Disciplinas Conexas*, Quito, vol. 5, n° 17, janvier-mars 1957, p. 3-37).

Les psychoses exogènes toxiques ou toxiphrénies comprennent les états pathologiques provoqués par l'absorption de substances toxiques, soit dans un but hédonique (toxicomanies), soit par accident. Il peut s'agir de troubles aigus ou chroniques. L'auteur envisage tout d'abord l'alcoolisme : intoxication alcoolique aiguë, intoxication alcoolique chronique, delirium tremens, hallucinose alcoolique, syndrome de Korsakoff, délire alcoolique de jalousie, traitement des psychoses alcooliques. Ensuite, sont envisagés successivement, tant aux points de vue clinique que thérapeutique, le morphinisme, le cocaïnisme, le maconhisme (intoxication par le haschich ou marihuana), les autres toxiphrénies, telles que le bromisme, le barbiturisme, l'atropinisme, le benzidrinisme, les intoxications chroniques industrielles. Les mécanismes d'apparition des troubles mentaux sont alors exposés avec discussion de la conception de la réaction exogène de Bonhoeffer. Bien que dépassée en cer-

tains points, cette conception conserve une grande valeur explicative. De toute façon, il faut admettre le rôle joué par des modifications métaboliques intermédiaires.

V.-J. Durand.

Oligophrénie grave associée à un état pluridysmorphique (Frenastenia grave associata a stato pluridismorfico), par Giulio Senini et Giuseppe Pellegrini (de Brescia). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 45, fasc. 1, janvier-février 1957, p. 38-58).

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade de 44 ans qui présentait, en plus de signes d'une oligophrénie accentuée, des symptômes dystrophiques correspondant à une association des syndromes de Turner et de Klippel-Fail. Révisant la littérature relative à ces affections, ils font quelques considérations sur leurs mécanismes d'apparition encore mal précisés. Il semble, dans le cas présent, possible d'admettre des lésions survenues pendant la croissance fœtale des centres cérébraux, diencéphaliques et hypophysaires, envisagés comme les grandes stations coordinatrices des fonctions consensuelles morphopsychogénétiques. Trois figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Observations sur le Thematic Apperception Test chez les schizophrènes paranoïdes (Osservazioni sul Thematic Apperception Test in schizofrenici paranoidi), par Piero Sagripanti (de Voghera). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 1, janvier-février 1957, p. 63-91).

Après avoir rappelé les principes théoriques et la technique du Thematic Apperception Test avec considération particulière des modifications apportées à la méthode originale de Murray, l'auteur rapporte les résultats obtenus dans un groupe de malades présentant des symptômes schizophréniques de type paranoïde. Chez ces malades, le test a été employé dans le but d'approfondir la connaissance de relations familiales et sociales, de l'agressivité et de la sociabilité. Le résultat le plus fréquent et le plus caractéristique est représenté par l'existence de conflits avec l'imago maternelle. Quelques commentaires sont faits à propos des avantages et des limites d'emploi du Thematic Apperception Test appliqué aux schizophrènes. « Sans doute, le Thematic Apperception Test ne se prête pas à fournir à travers des formules ou des profils un tableau de la personnalité. Il faut aussi avoir présent à l'esprit le danger d'un subjectivisme interprétatif qui pourrait donner lieu à une déformation des résultats du test. » En dehors de ces réserves, l'auteur reconnaît l'intérêt du Thematic Apperception Test chez les schizophrènes. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Mélancolie et délire (Melanconia e delirio), par Piero Sagripanti (de Voghera). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 231-242).

L'auteur décrit un cas de mélancolie, chez une malade de 57 ans, pour lequel les idées délirantes évoquaient, par leurs caractéristiques, les concep-

tions psychanalytiques de perte de l'objet et d'introjection sadique orale. La malade avait peur d'avoir mangé son mari et ses enfants. Cependant, il apparaît ici que les expériences délirantes mélancoliques seraient primitives et non dérivables par les mécanismes de la psychogénèse. Evoquant les conceptions psychanalytiques diverses proposées pour expliquer le développement des thèmes mélancoliques, l'auteur met en évidence, dans le cas actuel, un finalisme destiné, au moment de la phase de guérison, à l'effacement de l'épisode dépressif. Il y avait alors projection remplaçant l'introjection, la malade tendant à dépasser et à surmonter la crise mélancolique, grâce à l'utilisation des expériences morbides dans un sens expiatoire. Il faut se montrer prudent, recommande l'auteur, dans l'interprétation psychanalytique de la mélancolie. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur la valeur diagnostique de la pneumo-encéphalographie à la Bingel dans la démence sénile et dans les démences préséniles (Sul valore diagnostico della pneumoencefalografia alla Bingel nella demenza senile e nelle demenze presenili), par Verano Del Greco (de Lucques). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 193-224).

Après une revue de la littérature, l'auteur rapporte les résultats de recherches personnelles faites dans quatre cas de démence sénile, treize de démences préséniles (dont sept maladies d'Alzheimer-Pérusini et six maladies de Pick) et un cas de psychose involutive alcoolique. Il apparaît que la pneumo-encéphalographie n'est pas d'une grande utilité pour distinguer les différentes formes de démences séniles et préséniles. Mais, cette exploration peut servir à faire le diagnostic entre les psychoses affectives à début tardif et les démences de l'âge avancé qui, dans leur phase initiale, peuvent simuler des syndromes dysthymiques. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

L'électro-encéphalographie dans les maladies mentales (L'elettroencefalografia nelle malattie mentali), par Gianantonio Alberton (de Feltre). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 181-192).

L'auteur, s'appuyant sur l'étude de l'électro-encéphalogramme de 700 malades mentaux, remarque que l'on n'observe de véritables altérations des tracés que dans les formes oligophréniques graves et dans les syndromes cérébropathiques. Au contraire, dans les schizophrénies et dans les psychoses en général, on ne voit pas de vraies altérations, mais des modifications assez peu caractéristiques. Cependant, on peut reconnaître parfois à l'enregistrement une valeur pronostique. Un tracé avec tendance à l'aplatissement et à l'irrégularité des rythmes de fond peut faire craindre une évolution vers un syndrome schizophrénique. Au contraire, si l'électro-encéphalogramme a un aspect plus régulier, mieux organisé, si on note une antériorisation du rythme alpha, le pronostic doit, en principe, être moins sévère. Dans la psychose maniaque-dépressive, le tracé présente généralement ces caractères. Des exemples sont rapportés. Trois figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur les troubles psychiques épisodiques des épileptiques (Sui disturbi psichici episodici degli epilettici), par R. Zappoli (de Padoue). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 137-164).

Après avoir évoqué les récents travaux sur les troubles mentaux épisodiques des épileptiques, l'auteur rapporte cinq observations d'état crépusculaire épileptique (trois avec altérations oniriques de la conscience, deux avec obnubilation et ralentissement psycho-moteur). Des électro-encéphalogrammes furent pratiqués, soit en période pathologique, soit en phase normale. Dans deux cas, le crépuscule onirique commença après une série de crises comitiales, de type « grand mal » ou de type psycho-moteur. L'électro-encéphalogramme montrait une complète désorganisation du tracé avec ondes lentes irrégulières. Dans le troisième cas, l'épisode psychotique, apparemment spontané, s'accompagnait d'une activité électrique d'allure épileptique, focalisée dans la région frontale droite. Pendant les périodes plus ou moins longues de torpeur mentale présentées par les deux derniers malades, on notait une activité électrique d'aspect paroxystique, presque ininterrompue, avec prévalence des ondes lentes. L'auteur discute les problèmes relatifs à la physiopathologie de ces syndromes et souligne l'intérêt de la recherche électro-encéphalographique dans le but de préciser la nature véritable des troubles psychiques et celle des rapports chronologiques avec les autres manifestations de l'épilepsie. La connaissance de cette nature est essentielle pour l'établissement du traitement. Onze figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le syndrome organique de Rorschach dans un groupe de parkinsoniens post-encéphalitiques (La sindrome organica di Rorschach in un gruppo di Parkinsoniani postencefalitici), par Franco Basaglio et Giampietro Dalla Barba (de Padoue). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 225-230).

Un groupe de 21 parkinsoniens post-encéphalitiques a été examiné avec recherche de signes d'organicité au test de Rorschach. Utilisant les méthodes de Piotrowski et de Hughes, les auteurs ont obtenu des résultats leur permettant de conclure que le protocole de ces malades présente nettement le syndrome organique de Rorschach. Cette opinion est contraire à celle exprimée par d'autres auteurs. Deux tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur l'analyse du concept d'hystérie (Zur Auflösung des Hysterie-Begriffes, par Nikolaus Petrilowitsch (de Mayence). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 78, fasc. 1-2, 1956, p. 159-200).

Portant en épigraphe une citation de Lasegue : « La définition de l'hystérie n'avait jamais été donnée et elle ne le sera jamais », l'article montre, dès l'introduction, la difficulté du problème. Les opinions les plus diverses ont été émises à son sujet. Etudiant tout d'abord la notion de réaction hystérique, l'auteur indique les variations observées depuis le début du siècle, le rôle des facteurs sociaux, l'importance des éléments liés à la mentalité

collective, à l'uniformisation de l'homme, à la mentalité de masse. Actuellement, les modalités de réponse sont plus limitées, plus discrètes, moins extériorisées, plus monotones. Quant au problème du caractère hystérique, il a soulevé également de nombreuses discussions. Il n'y a pas, semble-t-il, de réaction hystérique spécifique, mais seulement des réactions psychogènes dont le tableau change avec l'évolution de la civilisation. De même, la notion du caractère hystérique est peu justifiée. Cependant, l'auteur cherche à préciser certains traits particuliers. Il montre l'immaturité, la faiblesse du noyau de la personnalité, la tendance aux réactions intenses, mais superficielles, l'impossibilité d'impressions profondes, l'incapacité de toute constance, de toute continuité, l'extraversion, le manque de sincérité organique, l'absence d'unité de la personnalité. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Déficit psychique et délire (Schwachsinn und Wahsinn), par Curt Weinschenk (de Marburg-am-Lahn). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 113-134).

L'auteur étudie les rapports entre le délire et le déficit psychique, ce dernier comprenant à la fois l'oligophrénie et les diverses démences. Il examine le problème de la conviction délirante, des relations entre le contenu du délire et le fond mental, de l'attitude du malade en face de son syndrome délirant. Le retentissement du déficit intellectuel sur la structure du délire les caractéristiques des idées délirantes démentielles sont étudiés, ainsi que les notions de processus et de développement au sens de Jaspers. Parmi les points essentiels apparaît l'attitude plus ou moins critique du malade en présence de troubles psycho-sensoriels, de phénomènes pathologiques plus ou moins compréhensibles. Pour expliquer cette attitude, il est nécessaire d'accorder une grande importance aux facteurs affectifs qui peuvent prédominer sur les éléments purement intelletuels.

V.-J. Durand.

Réaction hystérique dans la névrose de rente par participation spéciale de l'épouse (Hysterische Reaktion im Retenverfahren bei besonderer Beteiligung der Ehefrau), par Hans Grosch (d'Erlangen). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 35-43).

Parmi les nombreuses réactions psychogènes en rapport avec la névrose de rente (sinistrose), quelques-unes, assez rares, sont d'allure hystérique et apparaissent conditionnées en grande partie par le rôle de l'épouse. Il existe dans ces cas une corrélation entre le comportement de l'épouse et le développement des troubles. L'examen permet de retrouver chez la femme du malade certains traits caractériels, certains éléments psychologiques qui doivent éveiller l'attention et faire suspecter le manque de sincérité des perturbations diverses alléguées. Il y a un important contraste entre l'attitude du couple devant le médecin et à la maison, quand les conjoints ne se croient pas observés. De même, la séparation des deux époux peut modifier la symptomatologie. A l'origine de celle-ci interviennent des facteurs

interpsychologiques importants, que l'expert doit bien connaître avant de se prononcer sur la légitimité des demandes du sujet.

V.-J. Durand.

Psychoses symptomatiques avec vitesse de sédimentation élevée (Symptomatische Psychosen mit hoher Blutsenkungsgeschwindigkeit), par Karl Leonhard (de Francfort-sur-le-Main). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 60-72).

Six observations de psychoses sont rapportées, avec syndromes d'excitation incohérente ou tableaux stuporeux, perturbations de la conscience de gravité variable et liées, sans doute, à une cause exogène. Cette cause était à admettre, en raison de la nette augmentation de la vitesse de sédimentation globulaire. Les signes physiques ont été divers ; cependant, il semble permis de rattacher les symptômes constatés à une étiologie rhumatismale. Le tableau clinique confusionnel évoquait d'assez près les psychoses post-rhumatismales. L'augmentation de la vitesse de sédimentation a été parallèle à l'évolution psychique. Il y a eu retour à des chiffres sensiblement normaux quand les manifestations mentales et les signes d'accompagnement ont disparu. Peut-être faudrait-il évoquer une genèse rhumatismale en face de certains syndromes confusionnels avec accélération de la vitesse de sédimentation. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur la grossesse imaginaire (Sulla granvidanza immaginaria), par Francesco Burruano (de Palerme). (*Il Cervello,* 33e année, n° 3, 15 mai 1957, p. 179-192).

Au syndrome de grossesse imaginaire ou fausse grossesse nerveuse, chaque époque a donné des interprétations et une importance très diverses. Le cas rapporté par l'auteur chez une malade de 24 ans est examiné à la lumière des conceptions modernes de la médecine psychosomatique, selon lesquelles des situations psychologiques particulières seraient en mesure de provoquer la symptomatologie pseudo-gravidique à travers des modifications fonctionnelles du système endocrinien. Dans l'étude de la genèse du syndrome, il ne faudrait pas sous-estimer les conditions endocrino-végétativo-métaboliques particulières de la femme et la labilité spéciale du système méso-diencéphalo-hypothalamique qui s'observe chez elle. Quelques considérations sont faites sur la conduite à tenir et le traitement de ces cas. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Rapports entre énurésie nocturne et épilepsie. Données cliniques et recherches électro-encéphalographiques (Rapporti fra enuresi notturna ed epilessia. Dati clinici e ricerche elettroencefalografiche), par Giuseppe Maria (d'Aversa). (*Il Cervello,* 33e année, n° 3, 15 mai 1957, p. 219-234).

Une étude soigneuse est faite des mécanismes de la miction avant un examen des théories explicatives du phénomène de l'énurésie. L'auteur montre l'intérêt d'une conception considérant l'énurésie nocturne comme une

manifestation de type comitial. Il pourrait s'agir d'un équivalent ou d'un phénomène critique ou post-critique. Neuf enfants énurétiques ont été examinés à ce point de vue avec enregistrement électro-encéphalographique. Le tracé s'est montré anormal, soit spontanément, soit après procédés d'activation. Il apparaît à l'auteur qu'il ne faut parler d'énurésie nocturne que si, malgré une suffisante maturité du système nerveux, et en l'absence de lésions neurologiques, fait défaut chez le malade le caractère volontaire de la miction et la conscience de celle-ci. Les altérations de la vigilance sont un élément essentiel. Quatre figures.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

Nouvelle contribution à l'étude du syndrome myoclonique, par L. Sinisi. (*Neuropsichiatria,* Gênes, XII, 2, 1906).

Après avoir décrit l'évolution rapidement progressive d'une myoclonie avec épilepsie, abasie et démence chez une jeune fille, ayant présenté aux divers électro-encéphalogrammes des paroxysmes pointe-onde sur un fond de rythmes très lents, l'auteur essaie de clarifier et de simplifier le problème des myoclonies et d'en donner une explication, tenant compte des données tant anatomo-pathologiques qu'électro-encéphalographiques.

L. Fromenty.

Sur l'utilité de la médiastinographie gazeuse pour la mise en évidence des tumeurs thymiques chez les myasthéniques, par Th. Alajouanine, M. Bariéty, P. Castaigne et Ch. Coury. (*Revue neurologique,* t. 96, n° 1, janvier 1957, p. 3).

La médiastinographie gazeuse a été pratiquée sans incident chez dix malades atteints de myasthénie. Elle a permis de mettre en évidence dans huit de ces dix cas une hypertrophie thymique indiscutable. Dans six cas, la vérification anatomique confirma les renseignements fournis par la médiastinographie gazeuse. Dix autres cas de myasthénie ont été observés, dans lesquels existait une tumeur thymique démontrée, soit par la radiographie simple, soit par l'intervention. Ces cas sont encore trop peu nombreux pour entraîner des modifications aux indications thérapeutiques.

L. Marchand.

Étude de la perception thermique dans les affections du névraxe, par J. Barbizet, Bui Quoc Huong et G. Boudin. (*Revue neurologique,* t. 96, n° 1, janvier 1957, p. 19).

Constatations faites au cours de l'étude systématique de la sensibilité au froid, au chaud et à la douleur thermique chez 54 sujets atteints d'affections sensitives étagées à divers niveaux du névraxe. Six types différents ont été établis : type I = normal ; type II = élargissement de la zone de neutralité (de 26° à 34°) ; type III = perte isolée de la perception au froid ; type IV = perte isolée de la perception au chaud ; type V = anesthésie

thermique totale ; type VI = anesthésie thermique + analgésie aux températures extrêmes.

De l'examen des observations, il ressort que : 1° l'existence d'anesthésies isolées au froid et au chaud confirme la dualité de ces deux modes de perception (lésions des voies sensitives étagées des nerfs cutanés au cortex pariétal) ; 2° la douleur à la brûlure n'apparaît que comme une modalité non spécifique à la douleur alors que le chaud et le froid constituent des modalités sensitives spécifiques. La thermalgésie peut être supprimée dans les lésions massives des nerfs sensitifs et des racines postérieures. Les lésions de la moelle, du tronc cérébral et du thalamus laissent souvent persister pour des températures élevées des sensations (picotements, courant électrique, etc...). Dans les lésions pariétales, la suppression ou une altération marquée de la perception à la brûlure paraît exceptionnelle.

L'étude du spectre thermique associé aux autres explorations sensitives permet un bilan plus précis des altérations de la somesthésie.

L. Marchand.

Méningo-encéphalite rhumatismale. Différentes formes cliniques (Meningo-encefalita reumatismala. Diferite forme clinice), par C. Vasiliu et Alexandrina Retezeanu. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 2e année, n° 1, janvier-février 1957, p. 30-36).

Les auteurs envisagent le problème des localisations cérébrales du rhumatisme articulaire aigu, montrant que le processus morbide prend un caractère de méningo-encéphalite aiguë proliférative. Cette atteinte se localise essentiellement dans l'écorce cérébrale et dans les centres sous-corticaux. L'évolution, ainsi que l'aspect clinique de ces complications, varient suivant les cas. Il faut insister sur la recherche attentive d'une microsymptomatologie psycho-neurologique, qui représente un élément très important pour le diagnostic des formes légères de méningo-encéphalite rhumatismale. Quatre observations sont rapportées.

V.-J. Durand.

Réflexes intersegmentaires chez l'homme (Reflexe intersegmentare la om), par A. Kreindler, Th. Hornet, I. Ionescu et Sorinella Voinescu. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 4, décembre 1956, p. 29-37).

Les auteurs décrivent au point de vue anatomique et clinique les réflexes intersegmentaires d'un type particulier présentés par une malade au cours de l'évolution d'un coma prolongé par hémorragie cérébrale. L'hyperextension des doigts et de la main ou l'hyperextension de l'avant-bras sur le bras était suivie de l'abduction du bras du côté opposé et d'une accentuation de la flexion de l'avant-bras et des doigts du même côté. En même temps, la contracture en extension des membres inférieurs s'accentue, tandis que la tête et le tronc exécutent un mouvement de torsion vers la droite. Cette modification d'attitude segmentaire dure aussi longtemps que l'excitation, la malade ouvrant les yeux pendant ce temps. La réaction a donc l'aspect également d'un phénomène de réveil. A l'autopsie, on trouve une petite hémorragie à la partie la plus antérieure de la capsule interne du côté droit

et une grande lésion hémorragique à la partie supéro-externe du putamen de l'hémisphère gauche, lésion qui, par la compression du thalamus, des noyaux rouges et de la région sous-thalamique, produit une torsion prononcée du tronc cérébral. Au microscope, on observe des lésions cellulaires évidentes de la substance réticulée située au niveau de la protubérance et du pédoncule. Les auteurs attribuent un rôle à la substance réticulée dans l'apparition de ce tableau clinique de réflexes intersegmentaires et discutent le mécanisme physiopathologique du phénomène, en se basant sur les données expérimentales relatives à la substance réticulée. Dix figures.

V.-J. Durand.

L'électro-encéphalogramme dans les traumatismes cranio-cérébraux fermés (Electro-encefalograma in traumatismele cranio-cerebrale inchise), par M. D. Simionescu et D. C. Samitca. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 4, décembre 1956, p. 10-27).

S'appuyant sur 205 cas de traumatismes cranio-cérébraux fermés, les auteurs étudient l'évolution de l'électro-encéphalogramme, les particularités du tracé dans les différents groupes cliniques à la phase aiguë et tardive, les applications pratiques pour l'appréciation clinique et thérapeutique, le diagnostic différentiel entre le syndrome subjectif post-traumatique, comme base organique, et la névrose post-traumatique. Quatorze figures.

V.-J. Durand.

Un nouveau signe clinique dans le syndrome cérébelleux (Un nou semn clinic in sindromul cerebelos), par Ion Lupulescu et Grigore Caracas. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 3, novembre 1956, p. 85-86).

Les auteurs décrivent un nouveau signe clinique d'asynergie cérébelleuse. On demande au malade en décubitus dorsal, le membre inférieur en extension et soulevé à 40°, de procéder à l'abduction de ce membre inférieur, tandis que l'examinateur s'y oppose. En supprimant brusquement la résistance, on voit que le membre inférieur présente une abduction exagérée, hypermétrique. Ce signe se retrouverait surtout dans les cas où existe une distribution somatotropique cérébelleuse. Il manquerait dans d'autres syndromes.

V.-J. Durand.

Les apraxies par lésions de l'hémisphère droit (Apraxiile in leziunile emisferei drepte), par I. Voinescu, Ion Ionescu et M. Goldenberg. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 3, novembre 1956, p. 45-51).

Se basant sur quatre cas cliniques et sur une révision de la littérature, les auteurs discutent le problème des apraxies par lésions de l'hémisphère droit. Elles sont surtout des apraxies de l'habillage et des apraxies constructives. Les premières sont en relation avec un trouble du sens spatial par agnosie. Les secondes ont un élément apraxique vrai et un autre en rapport avec l'agnosie spatiale. On décrit une apraxie localisée au front et à l'œil, bila-

térale, avec prédominance homolatérale. La lésion du carrefour entre l'analyseur proprioceptif (lobe pariétal), l'analyseur visuel (lobe occipital), l'analyseur vestibulaire (lobe pariétal) et l'analyseur auditif (lobe temporal) empêche les connexions principales entre ces analyseurs, qui contribuent tous à la formation du sens spatial. Ces connexions principales se trouvent surtout au niveau de la région pariéto-occipitale droite. Il est nécessaire qu'en dehors d'une lésion du foyer, il existe également une diminution de la capacité fonctionnelle des cellules cérébrales. Ceci est montré par une baisse générale des facultés intellectuelles. Un cortex intact compense la lésion focale.

V.-J. Durand.

L'artérite hypertrophique et la forme cérébelleuse de la maladie de Schilder (Arterita hipertroficà si forma cerebeloasà a bolii lui Schilder). par Th. Hornet, C. Balaceanu et A. Mares. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 1, juillet-août 1956, p. 27-33).

Un homme âgé de 57 ans présente subitement un syndrome cérébelleux, des crises de vertige, un syndrome d'irritation méningée, de la stase papillaire. La roentgenthérapie amène une amélioration considérable. Onze mois plus tard, survient une rechute, suivie d'une nouvelle amélioration. Puis apparaît une aggravation nécessitant une exploration chirurgicale de la région fronto-temporale. Le décès survient. L'autopsie montre une démyélinisation massive et symétrique du cervelet, ainsi que de petits foyers de démyélinisation périvasculaire du cerveau. Les vaisseaux étaient épaissis avec prolifération de l'endartère. Il y a parenté entre cette leuco-encéphalite symétrique du cervelet et la maladie de Schilder. Les modifications vasculaires observées ne se rencontrent pas dans la maladie de Schilder, mais existent dans la myélite nécrotique de Foix et Alajouanine. Les auteurs pensent que maladie de Schilder et myélite nécrotique ne constituent qu'une seule affection. Cinq figures.

V.-J. Durand.

Troubles neurologiques au cours de la périartérite noueuse (Tulburari neurologice in cursul periarteritei nodoase), par A. Kreindler, I. Ionescu, E. Mestes, V. Tonasescu et M. Goldenberg (de Bucarest). (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 1, juillet-août 1956, p. 8-15).

Les auteurs présentent cinq cas de périartérite noueuse dont quatre confirmés par l'examen anatomo-pathologique, et un avec évolution et fond d'œil caractéristiques. Le tableau neurologique se traduisait chez quatre malades, par l'installation progressive de symptômes variés. Dans un cas, c'était une polynévrite ; chez deux autres malades, il s'agissait de crises convulsives associées à une hypertension artérielle et à la stase papillaire. Les examens de laboratoire ont montré, chez les cinq malades, une inversion du rapport sérine/globuline. Le fond d'œil présentait, dans deux cas, des infiltrations choroïdiennes et rétiniennes périvasculaires nodulaires. Il faut insister sur la nécessité de la biopsie dans les cas de polynévrite à évolution ondulante ou progressive. Quatre figures.

V.-J. Durand.

Encéphalite micro-nodulaire (Encefalita micro-nodulară), par S. Draganescu, E. Negulici-Balif, Sonia Sofletea et A. Petrescu. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 1, juillet-août 1956, p. 19-26).

Il s'agit de l'examen anatomo-clinique d'un cas d'encéphalite aiguë de nature indéterminée, chez un enfant qui avait présenté, pendant l'hiver, en même temps que sa mère, un état d'agitation avec fièvre et éruption. La mère succomba trente jours après le début des troubles. On pensa à une toxémie. L'enfant mourut sept jours plus tard, ayant montré des symptômes encéphalitiques graves : agitation, agressivité, gâtisme, mouvements brusques et désordonnés des bras, phénomènes méningés. L'examen anatomique révéla, en plus de quelques légers processus inflammatoires méningo-vasculaires, la présence de nombreux nodules neuronophages dans la substance grise (surtout dans le cortex frontal), de micronodules gliaux avec prolifération gliale diffuse. Il y avait raréfaction lacunaire dans l'axe blanc des circonvolutions dans la formation réticulée de la calotte, dans la région olivaire et surtout dans la corne d'Ammon. Le processus pathologique réalisait une encéphalite micronodulaire du type de la panencéphalite. On peut discuter sur ses relations avec les autres panencéphalites. Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Un cas particulier d'agnosie spatiale consécutive à une lésion du lobe occipital droit (Un caz particular de agnozie spatiala prin leziune de lob occipital drept), par C. Balaceanu, M. Botez et V. Cirnu. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 1, juillet-août 1956, p 84-86).

Les auteurs présentent l'observation d'un malade qui avait une hémianopsie latérale homonyme gauche, par thrombose de l'artère cérébrale postérieure. En plus, existaient des troubles dans l'orientation spatiale, dus à une impossibilité d'intégrer des phénomènes visuels et spatiaux. Ce syndrome peut être considéré comme une agnosie spatiale et doit être attribué à une lésion intéressant les aires 18 et 19.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des modifications produites par les tumeurs du troisième ventricule (Contributii la studiul modificarilor produse de tumorile ventriculului al III-lea), par C. Ureche, Constança Parhon-Stefanescu, Elena Preda et Ileana Vujdea. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 2, septembre-octobre 1956, p. 7-12).

Une confusion mentale à début brusque avec fièvre est prise d'abord pour une infection générale, puis pour une encéphalite. Il y a aménorrhée, hypergrypnie, agitation, boulimie, gain de poids marqué, perte progressive de la vue. La glycémie est augmentée, la lipidémie diminuée ; le cholestérol sanguin et la protidémie sont abaissés. L'autopsie montre une tumeur gliomateuse au niveau du IIIe ventricule.

V.-J. Durand.

Des manifestations neurologiques au cours de la porphyrie aiguë (Manifestari neurologice in cursul porfiriei acute), par K. Voiculescu et Ion I. Ionescu. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 2, septembre-octobre 1956, p. 33-37).

Les auteurs présentent trois cas de porphyrie aiguë confirmée par la mise en évidence de la porphyrinurie. Le tableau clinique observé était caractérisé par un syndrome polynévritique à prédominance motrice avec des troubles sensitifs objectifs réduits ; l'élément douloureux prédominait. Il y avait tendance à l'extension vers les territoires des nerfs craniens. Au point de vue psychique, on pouvait noter de l'anxiété, de l'agitation et des épisodes délirants. Un syndrome abdominal était présent avec coliques violentes et vomissements ; enfin, des signes urinaires comportaient surtout l'élimination d urine colorée contenant de l'uroporphyrine. Ce tableau évoluait en poussées successives séparées par des rémissions et se terminant dans deux cas, au bout de trois ans, par la mort, à la suite de paralysie bulbaire et d'un état toxique et cachectique.

V.-J. Durand.

Documents anatomo-cliniques sur l'épilepsie. D'un syndrome cérébello-spasmodique progressif de longue durée dans l'épilepsie d'allure temporale, par E. Meurise (d'Anvers). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 56, fasc. 6, juin 1956, p. 396-401).

L'auteur rapporte une observation clinique et anatomique d'un cas d'épilepsie ayant évolué vers un syndrome cérébello-spasmodique progressif. Il y avait essentiellement des lésions cérébello-dentelées attribuables aux troubles vasculaires accompagnant les crises. Ces anomalies rappelaient celles des processus cérébelleux abiotrophiques. On n'a trouvé aucune lésion pouvant expliquer la composante nette d'hémiparésie à allure pyramidale.

V.-J. Durand.

A propos des complications nerveuses de la rachianesthésie. Sur trois cas de syndrome spinal d'installation immédiate comportant une parésie aréflexique d'un membre inférieur avec des troubles sensitifs partiellement dissociés et des troubles trophiques ostéo-articulaires d'apparition retardée, par L. Barraquer-Ferré et L. Barraquer-Bordas (de Barcelone). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 56, fasc. 3, mars 1956, p. 177-187).

Les auteurs décrivent trois observations cliniques d'atteinte médullaire survenue après application de la rachianesthésie : syndrome d'apparition immédiate et d'évolution partiellement régressive, caractérisé par une parésie aréflexique d'un membre inférieur à prédominance distale. Il y avait aussi des troubles sensitifs partiellement dissociés du même membre inférieur. Dans les trois cas, la distribution était nettement unilatérale. Il est nécessaire de souligner la possibilité de troubles trophiques ostéoarticulaires tardifs. Deux figures.

V.-J. Durand.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Contribution expérimentale à l'étude des voies préférentielles de diffusion de l'activité épileptique corticale (Contributo sperimentale allo studio delle vie preferenziali di diffusione dell'attività epilettica corticale), par Eugenio Ferrari et Giovanni Galasso (de Sienne). (*Acta Neurologica*, 12e année, n° 2, mars-avril 1957, p. 145-157).

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude expérimentale sur les voies préférentielles de diffusion de l'activité épileptique corticale focale. Chez des chiens prédisposés à l'épilepsie réflexe d'Amantea, la cocaïnisation d'une bande étroite de cortex cérébral entourant l'aire excitée par la strychnine, n'influence pas l'activité épileptique focale, mais empêche la généralisation de l'épilepsie convulsive. L'observation expérimentale montre donc l'importance de la diffusion intracorticale en fonction de la généralisation de foyers épileptiques localisés dans les aires sensori-motrices. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Recherches expérimentales sur le réflexe psycho-galvanique dans le mensonge (Ricerche sperimentali sul riflesso psico-galvanico nella menzogna), par Francesco Introna (de Padoue). (*Medicina Legale e delle Assicurazioni*, vol. 4, fasc. 4, 1956, p. 507-541).

L'auteur décrit une série d'épreuves expérimentales sur l'emploi du réflexe psycho-galvanique dans la détection du mensonge. Il identifie les différentes composantes qui provoquent le réflexe chez les sujets examinés : méfiance, crainte à l'égard de l'épreuve, volonté de mentir en trompant l'examinateur, conscience d'une fausse situation, tension émotionnelle suscitée par l'interrogatoire. Il souligne comment ces facteurs sont le fond constant de la détection psychogalvanique du mensonge et indique les causes d'erreur. La méthode donnerait 80 % de résultats positifs.

V.-J. Durand.

Etude psychopharmacologique de l'agressivité chez les épileptiques avec des dérivés hydrogénés de l'ergot de seigle (Estudio psicofarmacologico de la agresividad en los epilepticos con derivados hidrogenados de cornezudo de centeno), par Mario R. Machado et Roberto Yudowski (de Cordoba). (*Archivos de Criminologia, Neuro-Psiquiatria y Disciplinas Conexas*, Quito, vol. 4, n° 16, octobre-décembre 1956, p. 539-550).

Les dérivés hydrogénés des alcaloïdes de l'ergot de seigle permettent d'obtenir des résultats favorables sur le comportement agressif de nombreux malades mentaux. Les effets ainsi observés se maintiennent de façon assez prolongée, même après l'arrêt du traitement. Sur une série de douze épileptiques, les auteurs ont utilisé, après suspension de la thérapeutique anticomitiale, des injections intramusculaires d'hydergine. Pendant les cinq premiers jours, la dose quotidienne fut de deux ampoules. Pendant les 21 jours suivants, il n'y eut qu'une injection par jour. Dans l'ensemble, le

traitement fut efficace. Il ne s'accompagna d'aucune obnubilation mentale, ni d'incident quelconque. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le développement pendant l'ontogénèse des différentes formes d'inhibition corticale (Dezvoltarea in ontogeneza a diferitelor forme de inhibitie corticala, par I. Cinca. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 1, juillet-août 1956, p. 48-59).

Le but de ce travail est d'étudier expérimentalement le développement, pendant l'ontogénèse, des différentes formes d'inhibition corticale. L'expérience, utilisant la méthode des réflexes conditionnels alimentaires et moteurs de défense, a porté sur 92 jeunes chiens d'âge divers et provenant de 33 chiennes. L'auteur a employé la classification pavlovienne de l'inhibition corticale. Au fur et à mesure que l'animal avance en âge, les deux formes d'inhibition corticale (non conditionnelle et conditionnelle), se développent et se perfectionnent. L'inhibition corticale devient meilleure au cours de l'ontogénèse. Le processus de corticalisation de l'inhibition non conditionnelle, qui a eu lieu par le développement et le perfectionnement morphologique de l'écorce, ne peut pas déterminer le développement de cette forme d'inhibition. L'inhibition conditionnelle, caractéristique du cortex cérébral, se développe pendant l'ontogénèse. Il faut souligner le rôle joué par le processus de l'inhibition corticale dans l'évolution et le perfectionnement de l'activité nerveuse supérieure. Le développement de l'inhibition corticale au cours de l'ontogénèse est un des facteurs qui déterminent un perfectionnement de l'activité nerveuse supérieure avec adaptation plus fine et plus précise de l'organisme aux conditions du milieu extérieur. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'action épileptogène de la streptomycine, de la terramycine et de l'association pénicilline-streptomycine en application sur le cortex du lapin non anesthésié, par L. Ectors (de Bruxelles). (*Acta neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 56, fasc. 3, mars 1956, p. 135-137).

La terramycine, en application locale sur le cortex du lapin non anesthésié, a une activité épileptogène pour des solutions de 15 mgr. par cm^3. La streptomycine chlorocalcique, employée de la même façon, n'est pas épileptogène. La streptomycine-sulfate a une activité épileptogène discrète pour des concentrations élevées. Il semble y avoir identité entre le facteur épileptique et le facteur antibiotique de la pénicilline. L'adjonction de streptomycine à la pénicilline ne modifie pas l'action épileptogène de cette dernière.

V.-J. Durand.

La perméabilité des vaisseaux cérébraux. Nouvelle méthode d'étude : le test encéphalographique de la pénicilline, par R. Gonsette (de Louvain). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 56, fasc. 5, mai 1956, p. 313-322).

Les méthodes actuelles d'étude de la perméabilité des vaisseaux cérébraux nécessitent, soit le sacrifice de l'animal, soit une technique délicate de radio-

isotopes. L'auteur préconise un procédé très simple, permettant de garder l'animal en vie et ne nécessitant pas l'ouverture du crâne. Le principe est le suivant : la pénicilline injectée par voie générale ne franchit pas la barrière hémato-encéphalique et ne pénètre donc pas dans le système nerveux central. D'autre part, mise en contact avec le parenchyme nerveux, la pénicilline possède un pouvoir épileptogène élevé. Donc, une lésion de la barrière hémato-encéphalique entraîne le passage de la pénicilline et sa pénétration dans le système nerveux central. L'électro-encéphalographie peut révéler un foyer de potentiels convulsifs, permettant même de localiser le point de passage de façon assez précise. Une application de cette méthode en clinique pourrait être utile pour une meilleure localisation électro-encéphalographique des tumeurs cérébrales, ainsi que pour une étude systématique des troubles de la barrière hémato-encéphalique dans les affections neurologiques. Cinq figures.

V.-J. Durand.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Aspects somatiques de l'enfant immaturé affectif (Aspetti somatici del fanciullo immaturo affettivo), par Franco de Franco (de Messine). (*Infanzia Anormale,* fasc. 21, mars-avril 1957, p. 127-143).

Montrant l'opposition entre les conceptions organicistes et ambiantalistes de l'immaturité affective, l'auteur rappelle quelques études faites sur l'habitus morphologique, l'état du système nerveux, les dysendocrinies, les données biologiques en cas d'immaturité affective chez l'enfant. Analysant les théories étiopathogéniques proposées, il indique que l'élément essentiel s'identifie avec l'immaturité affective qui constitue un des aspects d'un syndrome plus vaste de retard dans le développement somato-psychique. Il semble possible de reconnaître, à l'origine de ce retard évolutif, une perturbation fonctionnelle diencéphalo-hypophysaire. Au point de vue clinique, on peut distinguer un hypoévolutisme somato-psychique global harmonique, un hypoévolutisme somato-psychique global dysharmonique, un hypoévolutisme somato-psychique partiel, un hypoévolutisme psychique isolé. On peut retrouver la coexistence, chez ces enfants, d'un syndrome auxopathique, d'un syndrome neuro-psychopathique et d'un syndrome cranio-radiologique. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Etude anthropométrique auxologique des enfants immaturés affectifs (Studio antropometrico auxologico dei fanciulli immaturi affettivi), par Nicola Fabio Barbieri (de Messine). (*Infanzia Anormale,* fasc. 21, mars-avril 1957, p. 144-152).

L'auteur a étudié un groupe de 69 enfants souffrant d'immaturité affective. Il s'agissait de 48 garçons et 21 filles, dont les âges allaient de trois et demi à treize ans. La recherche utilisa les méthodes anthropométriques de Barbara et celles auxologiques de Nicola Pende et de G. N. de Toni. Il a pu être établi que, par comparaison avec les enfants normaux du même âge pris comme groupe de contrôle, les enfants ayant une immaturité affective pré-

sentent un hypoévolutisme somatique, le plus souvent dysharmonique, tantôt de la taille, tantôt du poids. L'auteur, rappelant quelques théories pathogéniques, pense possible d'admettre que ces anomalies du développement sont la conséquence d'un hypo-fonctionnement diencéphalo-hypophysaire. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Foyers occipitaux dans les épilepsies infantiles, par W. Geets et B. Delaunois (de Bruxelles). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 57, fasc. 4, avril 1957, p. 318-324).

Les auteurs montrent la fréquence des anomalies électriques en foyer de la région pariéto-occipitale au cours des épilepsies infantiles. Il s'agit alors de foyers circonscrits de pointes ou de pointes-ondes qui peuvent persister dans certains cas pendant plusieurs années et se révéler rebelles aux traitements médicaux. L'évolution clinique se caractérise parfois par l'aggravation du syndrome comitial malgré une médication employée systématiquement. La persistance remarquable de ces foyers peut poser quelquefois le problème d'une indication chirurgicale. Trois figures.

V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

Remarques sur la thérapeutique par le travail et l'efficacité de la musique à l'Hôpital Psychiatrique, par A. Murineddi. (*Note de Rivista di Psichiatria,* Pesaro, XIV-XVIII, 3, 4, 1955).

Après un historique complet de la question, l'auteur constate qu'à part quelques sujets réfractaires à la musique, la plupart des psychopathes sont améliorés par une association de la musique à l'ergothérapie. Les deux facteurs contribuent à leur resocialisation.

L. Fromenty.

Agranulocytose fatale pendant le traitement par le pacatal. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 9, mars 1957, p. 842).

L'agranulocytose a été déjà signalée au cours du traitement par la chlorpromazine. Le cas suivant a été observé pendant un traitement par le pacatal.

Chez une femme âgée de 73 ans, schizophrène catatonique, on ordonne le pacatal à la dose de 100 mgr. par jour pour combattre l'agitation. Dix-neuf jours plus tard, elle présente de la fièvre, sa peau est sèche, le pharynx est congestionné et recouvert de membranes épaisses. Un examen du sang décèle 3.760.000 globules rouges, 350 globules blancs, dont 96 % de lymphocytes et 40 % de basophiles. L'agranulocytose reste très nette les semaines suivantes et la malade meurt deux mois plus tard. L'autopsie décèle une bronchopneumonie, un épanchement pleural, un ulcère gastrique. L'auteur considère que les examens de sang au cours des traitements ataractiques doivent être pratiqués deux fois par semaine mais qu'il est préférable de s'en rapporter à la clinique et de soupçonner l'agranulocytose chez tout

sujet qui présente de la fièvre d'origine indéterminée et des modifications des muqueuses buccales.

L. Marchand.

Observations cliniques sur l'emploi de la prométhazine hypochloride dans les troubles psychiatriques, par J. Erwin. (*The American journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 9, mars 1957, p. 783).

Très voisine de la chlorpromazine, la prométhazine se donne à la dose quotidienne moyenne de 37,5 mgr. oralement, combinée à l'injection intramusculaire de 350 mgr. Sur 39 malades, 11 guérirent complètement, 18 furent très améliorés et 10 ne présentèrent aucun changement. Aucune des complications notées au cours des traitements par la chlorpromazine et la réserpine n'a été observée. La prométhazine paraît préférable aux autres agents tranquillisants ; c'est un anti-histaminique puissant et il potentialise les effets des narcotiques.

L. Marchand.

Pacatal, par M. Braun. (*The American Journal of psychiatrie*, vol. 113, n° 9, mars 1957, p. 838).

Le pacatal (10-(méthyl-3-piperi-dylméthyl)-phénothiazine) est un nouveau produit tranquillisant. Employé seul ou en combinaison avec la thorazine chez des sujets qui s'étaient montrés résistants à d'autres thérapeutiques, il a donné des résultats très encourageants. Le pacatal et la thorazine, quand ils sont donnés en combinaison, neutralisent leurs complications, l'abaissement de la pression sanguine. La réaction dépressive de la thorazine est annihilée.

L. Marchand.

Comparaison après une longue période des résultats obtenus par trois procédés différents de lobotomie, par N. Paul, E. Fitzgerald et M. Greenblatt. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 9, mars 1957, p. 808).

Les résultats portent sur les observations de 116 malades chroniques cinq ans après leur lobotomie. Les cas ont été divisés en trois groupes suivant que la lobotomie avait été, soit bilatérale (incision des fibres de la substance blanche des lobes frontaux), soit bimédiale (incision intéressant la moitié de la substance blanche dans chaque lobe frontal), soit unilatérale (incision portant sur la substance blanche d'un seul lobe frontal). La plupart des cas concernent des déments précoces ou des schizophrènes ; la maladie mentale avait eu une durée de cinq ans ou plus au moment des interventions.

Après cinq ans, on trouve que 12 malades qui ont subi la lobotomie bimédiale (soit 34 %) sont très améliorés alors qu'on n'en note seulement que 7 (soit 18 %) qui ont subi la lobotomie bilatérale et 6 (soit 14 %) qui ont été lobotomisés d'un seul côté. On relève respectivement une notable amélioration chez 11 cas (31 %) dimédiaux, chez 10 cas bilatéraux (26 %) et 7 cas (17 %) des lobotomisés unilatéralement. Une légère amélioration s'observe chez 4 (12 %) des lobotomisés bimédiaux, chez 12 (30 %) des lobotomisés bilatéraux et chez 14 (34 %) des lobotomisés unilatéraux.

Chez trois sujets, l'état mental s'était aggravé, deux avaient subi une lobotomie bimédiale et le troisième une lobotomie unilatérale. Comparés avec les résultats que l'on observe un an après les lobotomies (46 % d'améliorations), on ne trouve pas de notables différences (44 %) après cinq ans. Les améliorations consistent en une diminution marquée de la tension et de l'hostilité, une reprise du travail, le séjour chez soi. Après cinq ans, ce sont les opérations bimédiales qui donnent les meilleurs résultats.

Sur l'ensemble des 116 cas, on note que 24, soit 21 %, ont présenté des crises épileptiques. Deux sujets lobotomisés bimédialement sont morts au cours d'un état de mal épileptique. Six sujets sont décédés pendant les cinq ans qui ont suivi les interventions.

L. Marchand.

Le traitement de la paralysie générale galopante par le largactil (Tratamental cu largactil al paraliziei generale galopante), par Eugenia Negulici-Baliff et Paul Cortez. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 2, septembre-octobre 1956, p. 80-85).

Les auteurs isolent une forme particulière de paralysie générale habituellement paucisymptomatique, dans laquelle, après un ou deux accès de malaria, apparaît un syndrome hallucinatoire paranoïde avec troubles trophiques graves, cachexie, le tout évoluant vers la mort. Quatre observations sont rapportées. Pour l'une d'entre elles, l'emploi du largactil permit d'éviter le décès. L'apparition du syndrome paranoïde hallucinatoire avec agitation et évolution aiguë, après les premiers accès malariques, chez des paralytiques généraux, est d'un pronostic vital très sombre. Cela doit entraîner l'interruption d'urgence de l'infection paludéenne. Ce syndrome, dont les éléments s'intriquent dans des proportions variables, répond à une étiologie mixte : syphilis, malaria, défense organique diminuée sur fond d'insuffisance hépatique, éthylisme. La mort survient d'habitude rapidement, par cachexie, avec escarres infectées et parfois urémie. L'utilisation du largactil dans ces cas représente certainement un progrès. Mais son emploi est symptomatique. Il faudrait donc associer la chlorpromazine à la pénicilline et à d'autres thérapeutiques classiques.

V.-J. Durand.

Nouveaux médicaments en thérapeutique psychiatrique. Sur l'action physiologique et neurologique de la chlorpromazine, de la réserpine et du méprobamate (Nuevas drogas en terapeutica psiquiatrica. Sobre la accion fisiologica y neurologica de la cloropromazina, reserpina y meprobramato), par Julio Endara. (*Archivos de Criminologia, Neuro-Psiquiatria y Disciplinas Conexas,* Quito, vol. 4, n° 16, octobre-décembre 1956, p. 519-538).

Pour que l'emploi des nouvelles médications, telles que la chlorpromazine, la réserpine et le méprobamate, se fasse de manière rationnelle, il est indispensable de connaître leurs actions sur les différents appareils. L'auteur rappelle quelques travaux récents sur la nature des réactions observées principalement sur le système nerveux, mais aussi au niveau des autres organes. Il convient d'accorder une attention particulière aux phénomènes qui se déroulent dans les diverses formations de l'hypothalamus et de la

substance réticulée du tronc cérébral. Certains points de physiologie demeurent encore mal précisés. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'action de l'ésérine dans l'épileptie à crises fréquentes (Actiunea ezerinei in epilepsia cu crize frecvente), par N. Neicu et I. Stoica. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 1, juillet-août 1956, p. 66-68).

Vingt malades, présentant des crises épileptiques fréquentes, ont été traités par une association de gardénal et d'ésérine : 10 à 30 cgr. du premier médicament et 0,2 cm³ à 1 cm³ d'une solution à 1 pour 2.000 du second. L'ésérine est administrée en injection sous-cutanée. Ce traitement a été continué pendant deux semaines. Sept malades n'ont pas présenté de crises. Pour les autres, le nombre total des crises pendant la durée de la cure a baissé de 27 à 10. Dans les quatorze jours après le traitement, 15 malades n'ont plus présenté de crise. Il semble donc que l'association de l'ésérine et du gardénal réduit nettement la fréquence des crises épileptiques, l'ésérine renforçant l'action du gardénal, en modifiant l'excitabilité de la zone réflexogène du sinus carotidien tout en influençant indirectement l'état d'excitabilité corticale.

V.-J. Durand.

Recherches expérimentales sur l'action anticonvulsivante de la myocaïne (Cercetari asupra actiunii anticonvulsivante a miocainei), par Julia Ungher, V. Voiculescu, V. Nestianu, R. Brosteanu et I. Stoica. (*Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie,* Bucarest, 1re année, n° 1, juillet-août 1956, p. 43-47).

L'injection intraveineuse ou intrapéritonéale de myocaïne, dérivé de la myanésine, à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par kilo de poids corporel, produit chez le chien et chez le chat un état de paralysie généralisée de la musculature striée, à l'exception des muscles inspirateurs. L'électro-choc pratiqué alors n'est plus suivi de crise convulsive. Il ne s'agit pas d'un phénomène de curarisation, car l'électro-choc ne produit pas l'apparition d'ondes épileptiques. L'effet anticonvulsivant se maintient pendant dix à quinze minutes et tend à disparaître au fur et à mesure que la motilité revient. Le médicament apparaît très bien toléré par l'organisme. Quatre figures.

V.-J. Durand.

La réserpine dans la pratique et dans la recherche psychosomatique (La reserpina nella pratica e nella ricerca psicosomatica), par Ferruccio Antonelli (de Rome). (*Medicina Psicosomatica,* Rome, vol. 1, n° 2, avril-juin 1956, p. 146-151).

La réserpine se montre utile comme complément de la psychothérapie, dont elle abrège la durée. Cependant, elle ne peut la remplacer que très rarement pour les affections psychosomatiques. La dose à employer est assez modérée. Le médicament est utile également pour la recherche psychosomatique en facilitant l'approche du malade et le psychodiagnostic.

V.-J. Durand.

Les problèmes thérapeutiques et le psychisme des tuberculeux, par Maurice Porot (d'Alger). (*Note e Riviste di Psichiatria,* 50e année, fasc. 1, janvier-mars 1957, p. 5-22).

Rappelant ses travaux antérieurs, l'auteur envisage successivement : les problèmes psychologiques du traitement des tuberculeux (problème du sanatorium, psychothérapies individuelles, psychanalytiques ou de groupe, crise de réadaptation psychologique après la guérison), les troubles psychiques d'origine thérapeutique (névroses sanatoriales ou névroses de situation, troubles psychiques consécutifs aux antibiotiques, troubles psychiques après intervention chirurgicale de plastie ou d'exérèse), les traitements psychiatriques chez les tuberculeux (traitement des troubles psychiques par les antibiotiques spécifiques, traitements de choc chez les tuberculeux, l'électrochoc étant souvent possible, la cure de Sakel étant déconseillée, les petits chocs insuliniques, les chocs acétylcholiniques, les cures neuroleptiques, la psychochirurgie demeurant réalisables, tandis que le cardiazol et la pyrétothérapie sont contre-indiqués). De nombreux progrès demeurent encore possibles.

V.-J. Durand.

L'électrochoc sous narcose et avec succinylcholine (El electrochoque en narcosis y con succinilcolina), par J.-O. Trelles, Alfredo Saavedra et Miguel A. Chicata. (*Revista de Neuropsiquiatria,* Lima, t. 19, n° 4, décembre 1956, p. 562-569).

Rappelant l'évolution des traitements associant curarisants et électro-choc, les auteurs rapportent les résultats de leur expérience personnelle. Tandis que l'association de la succinylcholine à l'électro-choc, sans narcose, s'est montrée assez mal supportée, l'adjonction d'une narcose préalable par l'amytal ou l'évipan a été très bien tolérée. Elle a permis l'emploi de l'électro-choc dans de bonnes conditions.

V.-J. Durand.

Sur les temps d'apparition, de présence et de disparition du largactil dans l'organisme humain (Sui tempi di comparsa, di presenza e di scomparsa del Largactil nell' organismo umano), par C. Citterio (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico,* 11e année, vol. 20, fasc. 2, avril 1957, p. 201-218).

Sur soixante sujets, ont été recherchés les temps d'apparition du largactil dans le sang, la durée de sa présence et le temps de son élimination dans les urines. Le temps d'apparition dépend de la quantité du médicament administrée et de la voie d'introduction. Pour les doses moyennes, il est de huit à douze heures. La concentration sanguine atteint son maximum vers 15 à 20 heures. 54 à 64 heures après la cessation de l'administration, le largactil n'est plus retrouvé dans le sang. Le produit s'élimine dans les urines dès les 24 premières heures du traitement. Il disparaît des urines entre le cinquième et le septième jours après la fin de la cure. Tableaux graphiques.

V.-J. Durand.

L'acétylcholine dans les états dysthymiques. Interprétations pathogéniques et applications thérapeutiques (L'acetilcolina negli stati distimici. Interpretazioni patogeniche e applicazioni terapeutiche), par Roberto Laricchia et Mario Cazzaniga (de Milan). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 81, fasc. 2, 1er juillet 1957, p. 431-446).

Après avoir exposé les fondements cliniques et expérimentaux, les auteurs décrivent la thérapeutique par l'acétylcholine à basse posologie dans les troubles mentaux. Les résultats ont été favorables chez quinze malades à symptomatologie surtout dépressive. Il faut souligner, comme l'a déjà fait Paul Abély, l'importance des facteurs vasculaires dans la genèse des manifestations psychiques à étiologie variée et surtout de ceux à teinte dépressive. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La ludothérapie. Réalisation et résultats obtenus (La ludoterapia. Realizzazione e risultati ottenuti), par Mario Fontanesi (de Reggio Emilia). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 81, fasc. 2, 1er juillet 1957, p. 447-460).

Se basant sur son expérience personnelle à l'hôpital psychiatrique judiciaire de Reggio Emilia, l'auteur montre que la ludothérapie doit être considérée comme un moyen thérapeutique de base, très utile. Elle contribue à créer une psychologie d'ambiance. Au point de vue des résultats pratiques obtenus par le football, la gymnastique, la télévision, le théâtre, plus qu'à une fin en soi, ils correspondent à l'établissement d'une liaison, d'un trait d'union entre le malade et la société. C'est là que se trouve l'intérêt de la méthode.

V.-J. Durand.

Considérations sur le mécanisme d'action des médicaments sédatifs de l'anxiété (Considerazioni sul meccanismo d'azione dei farmaci sedativi dell' ansia), par S. Rigotti (de Padoue). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 81, fasc. 2, 1er juillet 1957, p. 478-482).

Etudiant l'action de quelques médicaments récents sédatifs et antianxieux, l'auteur pense qu'il est possible de donner de l'importance dans la genèse des états anxieux, non seulement à un dérèglement primitif des centres sous-corticaux, mais aussi à la présence de sensations anormales d'origine périphérique. Ces sensations peuvent être viscérales ou musculaires. L'effet thérapeutique des médicaments sédatifs de l'anxiété peut être le résultat de leur action dans les deux secteurs : périphérique et central.

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois d'octobre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 octobre 1957*, à 15 heures 30, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

La séance clinique du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 11 novembre 1957*, à 10 heures précises, à l'amphithéâtre Magnan, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement).

La séance ordinaire du mois de novembre aura lieu le *lundi 25 novembre 1957*, à 15 heures 30, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre le décès :

du professeur Poursines, professeur de clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de médecine de Marseille, membre titulaire de notre Société ;

du D[r] Christy, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique du Vinatier, à Lyon, membre correspondant national de notre Société.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations dans l'Ordre de la Légion d'honneur

Au grade de *Commandeur :*

M. le D[r] Aujaleu (Eugène-Jean-Yves), directeur général de la santé publique au secrétariat d'Etat à la santé publique et à la population, à Paris.

Au grade de *Chevalier :*

M. le D[r] Lassalle (Pierre), médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique d'Auch (Gers), membre correspondant national de la Société médico-psychologique.

(*J.O.* du 3-8-1957, p. 7703-7704).

Nominations dans l'Ordre de la Santé publique

Au grade de *Commandeur :*

M. le Dr Combemale, doyen de la Faculté de médecine de Lille (Nord), membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Au grade d'*Officier :*

M. le Dr Le Guillant (L.), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ville-juif (Seine), membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Au grade de *Chevalier :*

M. le Dr Caron (M.), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), membre titulaire de la Société médico-psychologique ;

M. le Dr Cénac-Thaly (H.), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Dury-lès-Amiens (Somme), membre correspondant national de la Société médico-psychologique ;

M. le Dr Christy, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Vinatier, à Bron (Rhône), membre correspondant national de la Societé médico-psychologique ;

M. le Dr Guilbert (Paul), médecin de l'hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord) ;

M. le Dr Hauser (François), médecin de l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse) ;

M. le Dr Leyritz (J.), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), membre titulaire de la Société médico-psychologique ;

M. le Dr Masson (J.), médecin-directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ;

M. le Dr Renard (P.), médecin à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Claude (Guadeloupe) ;

M. le Dr Rouault de la Vigne (A.), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lehon (Côtes-du-Nord), membre correspondant national de la Société médico-psychologique ;

M. le Dr Vaneecloo (M.), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan).

(*B.O.* des déc. méd., n° 22 du 23-8-1957).

Mise à la retraite

Par arrêté du 13 juillet 1957, M. le Dr Frey, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin), est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er octobre 1957.

(*J.O.* du 21-7-1957, p. 7216).

Nominations

M. le Dr Ganry, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (poste créé) ;

Mme le Dr Kastler est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin) (poste créé).

(*J.O.* du 10-7-1957, p. 6801).

M. le Dr Rappard est nommé médecin-chef de service à l hôpital psychiatrique de Sarreguémines, à compter du 1er août 1957 (poste créé).

Avant la prise de possession de son poste, l'intéressé assumera, à titre intérimaire, les fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Hoerdt (Bas-Rhin).

(*J.O.* du 13-8-1957, p. 8002).

M. le Dr Racine est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique départemental de la Martinique (poste créé).

(*J.O.* du 24-8-1957, p. 8315).

M. le Dr Dreyfus est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Claude, à la Guadeloupe, en remplacement de Mme le Dr André, appelée à d autres fonctions.

(*J.O.* du 28-8-1957, p. 8429).

Mlle le Dr Saucet, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Colson, à la Martinique, est chargée d'assurer, à titre intérimaire, les fonctions de médecin-chef à l'hôpital Saint-Luc, à Pau, en remplacement de M. le Dr Neuvéglise, appelé momentanément à d'autres fonctions ;

M. le Dr Wicker est nommé, à titre définitif, à compter du 25 juin 1957, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente).

(*J.O.* du 5-9-1957, p. 8652).

M. le Dr Henry est mis à la disposition du ministre de l'Algérie en vue d'assumer les fonctions de médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique de Sidi-Chami (poste créé) ;

M. le Dr Faure (Henri) est mis à la disposition du ministre de l'Algérie en vue d'assumer les fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville, en remplacement de M. le Dr Fanon, mis en disponibilité pour convenances personnelles ;

M. le Dr Lotiron est mis à la disposition du ministre de l'Algérie en vue d'assumer les fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville, en remplacement de M. le Dr Ramée, appelé à d'autres fonctions ;

M. le Dr Neuvéglise, médecin-directeur, à titre intérimaire, de l'hôpital psychiatrique Saint-Paul, à la Réunion, est nommé médecin-chef de service au même établissement (poste créé).

(*J.O.* du 23-24-9-1957, p. 9131).

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef est créé à l'hôpital psychiatrique d'Albi ;

Un poste de médecin-chef est créé à l'hôpital psychiatrique Sainte-Madeleine, à Bourg-en-Bresse (Ain).

(*J.O.* du 24-7-1957, p. 7336).

Un poste de médecin-chef est créé à l'hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe) ;

Un poste de médecin-chef est vacant à l'hôpital psychiatrique de la Martinique.

(*J.O.* du 13-8-1957, p. 8008).

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Brienne (Aube), en cours de construction ;

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de la Valette (Creuse), en cours de construction.

Les candidats éventuels sont avisés qu'ils ne pourront effectivement être installés à ce poste que lorsque la première tranche des travaux en construction sera sur le point d'être mise en service. Les candidats nommés devront conserver leur poste actuel durant la réalisation de ces travaux. Ils seront chargés, pendant cette période, de donner leur avis aux autorités responsables sur tous les points touchant la construction de l'établissement, son équipement, et l'organisation de l assistance psychiatrique dans le département. Les frais de déplacement et de mission pour se rendre dans l'Aube ou la Creuse durant cette période, leur seront réglés sur les bases prévues pour le personnel départemental. Ils devront s'engager à prendre effectivement ces postes lors de la mise en service de la première tranche de l'établissement et à les conserver pendant une période minimum de deux ans, sauf cas de force majeure.

(*J.O.* du 13 août 1957, p. 8008).

Un poste de médecin-chef est créé à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit (Cher).

(*J.O.* du 17-8-1957, p. 8103).

La vacance d'un poste de médecin-chef est envisagée à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan) ;

La vacance d'un poste de médecin-chef est envisagée à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin).

(*J.O.* du 10-7-1957).

Un poste de médecin-chef est créé à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord).

(*J.O.* du 20 août 1957).

Un poste de médecin-chef est vacant au quartier psychiatrique du centre hospitalier de Cayenne (Guyane) ;

Un poste de médecin-chef est vacant à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime).

(*J.O.* du 22 août 1957).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

(*J.O.* du 18-9-1957, p. 8985).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines, à compter de la publication des présents avis, au secrétariat d'Etat à la santé publique et à la population (direction de l'administration générale du personnel et du budget), 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Vacances de postes d'internes

Un deuxième poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère) ; pour renseignements, s'adresser à la direction.

L'hôpital psychiatrique de Sarreguemines demande deux internes en médecine. S'adresser : direction départementale de la santé, 6, rue Mozart, ou au directeur de l'hôpital.

Plusieurs postes d'internes en médecine sont actuellement vacants. S'adresser à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan).

Hôpitaux psychiatriques autres que ceux de la Seine

Décret n° 57.766 du 8 juillet 1957, modifiant le décret du 25 décembre 1938 concernant le recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques autres que ceux de la Seine.

Le président du conseil des ministres,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et du secrétaire d'Etat à la santé publique et à la population,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 25 décembre 1938 concernant le recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques, modifié par les décrets des 21 mai 1940, 27 mai 1942, 1er septembre 1950, 5 mai 1952, 2 septembre 1954, 7 octobre 1954 et 3 octobre 1956 ;

Vu l'avis de la commission consultative des hôpitaux psychiatriques, en date du 13 mars 1957,

Décrète :

Article premier. — L'article 14 du décret du 25 décembre 1938 est modifié comme suit :

1er alinéa. — Sans changement.

2e alinéa. — « Ils sont chargés de la direction des hôpitaux psychiatriques. Seuls les établissements dont l'effectif réel aura dépassé 800 malades pendant la durée de deux années consécutives, pourront être confiés à des directeurs administratifs. Toutefois, les médecins-directeurs en fonction à la date de la parution du présent décret dans les hôpitaux psychiatriques comptant plus de 800 malades seront maintenus à leur poste. »

3e alinéa. — Sans changement.

4e alinéa. — Le ministre des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé publique et à la population sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 8 juillet 1957.

Maurice Bourgès-Maunoury.

Par le Président du conseil des ministres :

Le ministre des affaires sociales,

Albert Gazier.

Le secrétaire d'Etat
à la santé publique et à la population,

André Maroselli.

(*J.O.* du 12 juillet, p. 6872).

Directeur-gérant : Olivier Garand.

Masson et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1957 (4e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371

Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 91.303. — 1957